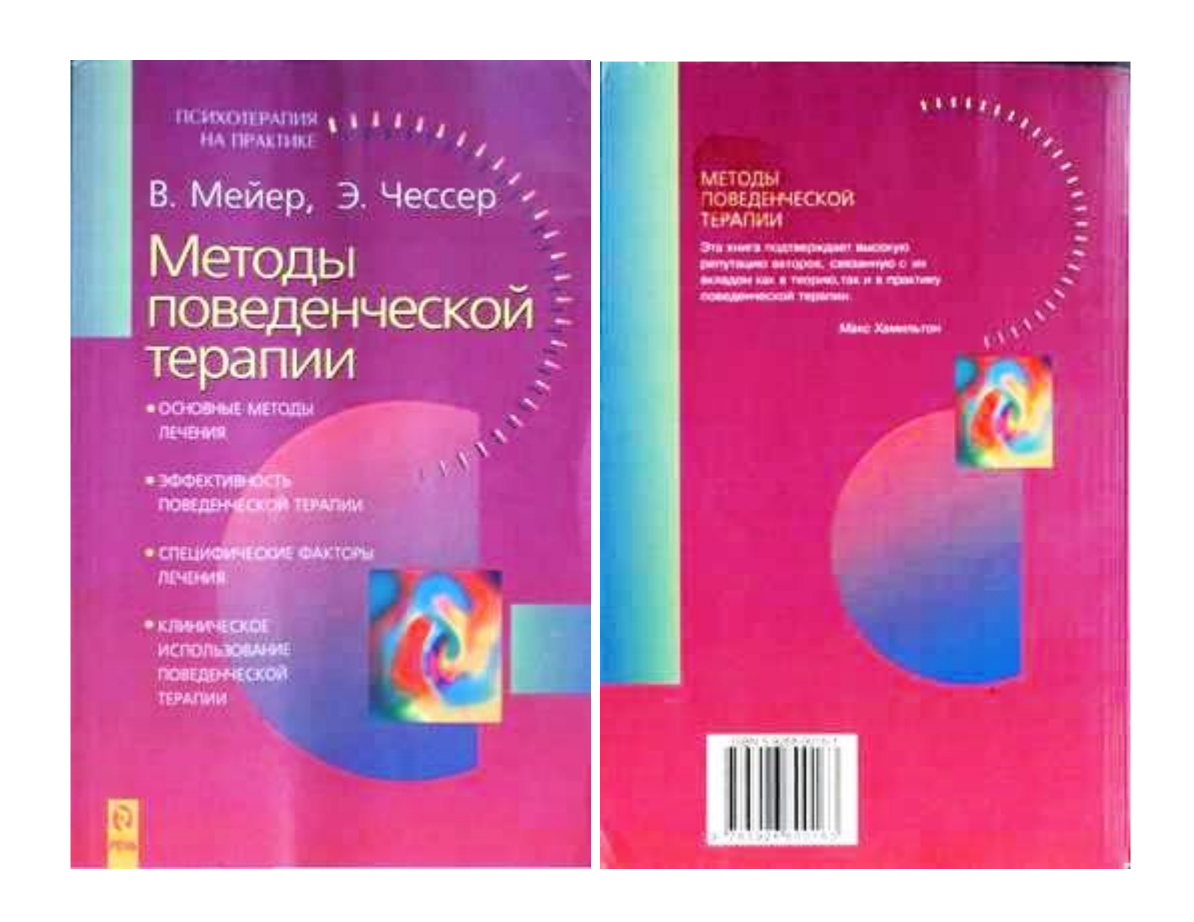


В. Мейер, Э. Чессер

МЕТОДЫ ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

Издательство «Речь»
Санкт-Петербург
2001

BEHAVIOR THERAPY
IN CLINICAL PSYCHIATRY

ББК 88.5

В. Мейер, Э. Чессер
Методы поведенческой терапии. — СПб.: «Речь», 2001 — 256 с.

ISNB 5-9268-0016-1

Авторы убедительно подвели итоги «состояния дел» в области поведенческой терапии; их описание метода является одним ил наиболее сжатых, при этом ни один вопрос не был обойден молчанием. Эта книга подтверждает высокую репутацию авторов, связанную с их вкладом, как в теорию, так и в практику поведенческой терапии.

ISNB 5-9268-0016-1

ПРЕДИСЛОВИЕ

Поведенческая терапия является одним из новейших методов лечения в психиатрии и вместе с тем одним из старейших методов вообще, поскольку уже с давних пор с помощью «кнута и пряника» старались формировать поведение людей.

Основной принцип поведенческой терапии заключается в том, что к пациенту, который прежде чувствовал себя хорошо, а в настоящее время проявляет отклонения в поведении, можно относиться как к субъекту, который «приобрел» новые модели поведения. В некотором смысле эти изменения можно считать результатом научения, следовательно, можно отучить его от того, чему он научился. Эта гипотеза подтверждается данными опытов: доказано, что в определенных условиях у животных можно вызвать изменения в поведении, аналогичные тем, которые у человека называют психическим заболеванием. Различие между поведенческой терапией и традиционными методами, основанными на награждении и наказании, заключается в том, что первая располагает подробными знаниями об определенных условиях, в которых поведение можно изменить.

Даже если предположить, что в основе психического заболевания лежат физиологические и биохимические изменения в организме больного, то нельзя забывать о том, что они могут проявиться только в результате влияния на прежние модели повеления, нормальные для этого человека в его социальной среде. Следовательно, можно воспользоваться принципами научения для изменения поведения больного таким образом, чтобы свести к минимуму влияние тех основных, гипотетических изменений.

Может показаться, что представленные выше принципы поведенческой терапии вытекают только из здравого смысла; они создают впечатление бесспорных и безвредных истин. Чем же в таком случае объяснить столь различные мнения о поведенческой терапии, вокруг которой продолжается шумиха за пределами и психиатрии, и психологии? (Не будем упоминать о яростных спорах, касающихся этической стороны вопроса.) Есть простое объяснение: поведенческая терапия отвергает теории динамики подсознания, неосознанных механизмов, символизма и психосексуального развития, лежащих в основе многих распространенных концепций психических заболеваний — от психоанализа до экзистенциализма. Поведенческая терапия бросает вызов идеям, которые продолжают в значительной степени влиять не только на психиатрию и психологию, но и на искусство и публицистику; она отличается от них тем, что, как скромно замечают авторы, не связана с новой концепцией человеческой психики.

Авторы описывают принципы научения и обусловливания и объективно рассматривают связь поведенческой терапии с этими принципами. Если такая связь не наблюдается, авторы открыто говорят об этом. Поведенческая терапия — очень молодое направление. Поэтому не стоит удивляться, что поиски новых методов лечения могут опережать разработку теоретической базы. На всех этапах развития прикладных наук часто возникает следующая ситуация: теория является неполной, но служит трамплином для поиска новых методов, а те, в свою очередь, способствуют изменениям теории.

Макс Хамильтон

Глава 1. ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ

Интерес человека к факторам, формирующим поведение, возник на заре цивилизации. Ни у психолога, ни у психиатра нет монополии в этой сфере — у каждого из нас есть опыт. Говорят, что каждый из нас — психолог в том смысле, что мы стараемся понять, предвидеть и контролировать свое поведение и поведение других. Человеку свойственно пытаться понять все явления; многообразие различных гипотез, объясняющих явления — от магии до радиоактивности, — свидетельствует о такой необходимости. Сохранение беспристрастного отношения к какой-либо теории до тех пор, пока доступные данные не будут точно описаны, требует сильной внутренней дисциплины, поскольку мы «рождаемся с ожиданиями». Чем сложнее проблема, тем больше появляется теорий и гипотез; достаточно сравнить скромное количество теорий в физике с многообразием, отличающим науку о поведении. По мере того как явления всесторонне описываются, уменьшается количество и разнообразие теорий.

В этой книге представлена позиция поведенческой терапии в психиатрии — метода лечения, который опирается на современную теорию научения. Обсуждая его теоретические предпосылки и использование в клинической практике, мы также описываем новые научные достижения, имеющие значение как для укрепления научной основы поведенческой терапии, так и для разработки эффективных способов психологического лечения. В этой главе кратко описывается предмет изучения психиатрии, а также широко используемые теории и методы лечения, что впоследствии станет фоном для описания поведенческой терапии.

В большинстве определений психических расстройств их главным проявлением считается неадекватное, отклоняющееся от нормы поведение. Это связано с опытом субъекта. Понятие нормы используется в двух значениях: статистическом и идеальном. Статистической нормой является среднее значение переменной, а отклонение от среднего значения свидетельствует об отклонении от нормы. Этому понятию нормы не свойственна ценностная оценка. Согласно этому критерию, как гений, так и идиот не являются нормальными. Идеальная норма — это наиболее желательное поведение. Определение идеальной нормы может вызвать значительное расхождение во взглядах, в то время как статистическая норма является более объективным критерием. Однако установление статистической нормы связано с определенными трудностями, особенно при выборке из популяции. Например, при оценке способа поведения необходимо учитывать такие факторы, как возраст, пол, уровень умственного развития, социальное и культурное влияние среды. Поведение, нормальное для ребенка с острова Самоа, едва ли считалось таковым, если бы аналогичным образом повел себя директор лондонского банка. В клинической практике большинство психиатров при оценке поведения пользуются статистическим понятием нормы, а затем пытаются установить, страдает ли пациент от своего неадекватного поведения и страдает ли от этого его окружение. По мнению некоторых психиатров, неадекватное поведение, вызывающее страдание, указывает на наличие психических заболеваний. Такое определение относятся как к слишком невоспитанному ребенку, так и к преступнику - рецидивисту, а также пациенту с маниями. Однако некоторые психиатры, прежде чем поставить диагноз («психическое заболевание», учитывают наравне с поведением его предположительные причины.

Болезнь — абстрактное понятие, поэтому каждый может выбрать для нее любую модель. Согласно наиболее простой схеме болезни, оригинальная причина вызывает специфический набор симптомов, порядок появления которых можно предвидеть, причем им сопутствуют специфичные структуральные и функциональные изменения в отдельных частях тела (патологические соматические изменения). На практике лишь небольшое число болезней соответствует этой схеме, поскольку причина, симптомы, течение и соматические изменения редко так тесно связаны между собой. Причины часто бывают до конца

не известными, а патологических изменений в органах обнаружить не удается. По этой причине некоторые заболевания определяются исключительно на основании клинических симптомов, в то время как классификация других основывается на более или менее изученной этиологии или патологических изменениях. Одно из распространенных мнений о заболевании сводится к тому, чтобы относить к нему только те состояния, при которых можно найти соматические изменения, одновременно признавая возможность и вероятность того, что развитие исследовательских методов приведет к открытию морфологических изменений при расстройствах, при которых ранее их не удавалось обнаружить.

Понятие «психическое заболевание» и его отличие от нарушений в поведении и от патологии личности продолжают вызывать споры (Jaspers, 1963; Lewis, 1953; Szasz, 1961). Несмотря на отсутствие единого мнения по этому вопросу, следует пользоваться рабочей классификацией, применение которой не вызывает трудностей (см. также Stengel, 1959; Zubin, 1967; General Register Office, 1968). С определением и классификацией психических заболеваний связаны проблемы с выбором того, что можно назвать «симптомами». Это имеет значение на практике при оценке результатов лечения в психиатрии. Можно предположить, что внимание пациента будут привлекать как физические, так и психические симптомы — например, боль, беспокойство и степень социальной, сексуальной и профессиональной адаптации, независимо оттого, считают ли их психиатры симптомами, защитными механизмами или переменной, зависимой от личности или влияния социальной среды. Больной может воспрянуть духом, услышав, что его беспокойство, депрессия или склонность к азартным играм не связаны с болезнью, но может продолжать считать их нежелательными и пытаться от них избавиться. Уже само число попыток определения «психического здоровья» и «психического заболевания» свидетельствует о сложности задачи (Lewis, 1953). Невозможно провести даже предположительную границу между нарушениями поведения и психическими расстройствами. Некоторые пытаются сделать это на основании выводов о психических процессах или описательных критериев, например продолжительности и несоответствия поведения, сопутствующих ему страданий. Некоторые авторы утверждают, что психические симптомы можно приобрести в результа-

те обычных процессов научения (Wolpe, 1958), другие же решительно отвергают эту возможность (Hebb, 1947).

Утверждается, что некоторым видам отклоняющегося поведения сопутствуют соматические, морфологические, биохимические или электрические патологии в мозге и других частях тела. Их принято классифицировать как «органические психические расстройства». Причины этих патологических изменений так же разнообразны, как и тех, которые встречаются в других частях тела, например травм, заражений и опухолей. Конкретные психические симптомы у данного больного в большей степени зависят от локализации, продолжительности и тяжести заболевания, чем от его причины. Даже при органических заболеваниях значительное влияние на симптомы могут иметь особенности личности, уровень интеллекта и социальная среда пациента.

Кардинальным признаком органических заболеваний является помутнение сознания, которое может варьироваться от легкой сонливости до глубокой комы, с нарушением оперативной памяти и ориентации во времени и пространстве. Этому нарушению поведения обычно сопутствует соматическая патология, но на основании только структурного поражения трудно точно предвидеть интенсивность и вид симптомов. Все же соматические поражения можно считать одной из причин ненормального поведения. Например, можно сказать, что сонливость и забывчивость у больного с обширной опухолью мозга вызваны этой опухолью. Органические психические расстройства — пример состояний, которые образуют группу заболеваний, где ненормальное поведение выступает в качестве одного из симптомов. По крайней мере, с некоторыми оговорками одна из причин отклоняющегося поведения известна.

Чаще утверждается, что психическим расстройствам не сопутствуют обнаруживаемые соматические изменения, а вызывающие их факторы невозможно установить. Таким образом, они считаются, по крайней мере, временно, «функциональными психическими расстройствами». Распространенная классификация этих состояний имеет описательный характер и основывается на симптомах и течении болезни. Психические расстройства можно разделить на две большие группы: на психотические и невротические. Разграничение не является жестким и зависит от тяжести заболевания, степени социальной обделенности, которую оно вызывает, и степени самоанализа.

Психотические расстройства это то, что непосвященные называют сумасшествием. Их могут сопровождать следующие симптомы: мании, галлюцинации и неспособность отличать фантазию от реальности.

Выделяют два вида психотических расстройств: маниакально-депрессивный психоз, главным симптомом которого является фазовый характер изменения настроения, а также шизофрению, при которой наблюдается распад личности больного и нарушения в сфере эмоций и мышления. К невротическим расстройствам относятся неврозы и нарушения личности. Существует множество мнений относительно классификации и этиологии этой группы. Неврозы классифицируют по главным симптомам: навязчивый страх, депрессивные, маниакально-компульсивные, истерические, фобические, но часто встречаются смешанные типы. Нарушения личности - описательное определение для лиц, которые в течение всей жизни сталкиваются с трудностями в виде или личностных симптомов, таких, как беспокойство или депрессия, или неумения поддерживать на должном уровне межличностные отношения в семье и общественной жизни. К последней группе относятся одинокие, параноидальные, незрелые личности, а также антисоциальные психопаты. Кроме того, у лиц с нарушениями личности чаще, чем у людей с нормальной личностью, развиваются острые невротические реакции или психозы.

Теории психических расстройств

Приведенная выше классификация носит описательный характер и основывается на симптомах и течении болезни. Теории этиологии «функциональных расстройств» при современном уровне знаний отражают наши сомнения. Утверждение, что причины отклоняющегося поведения разнообразны и что они обусловлены как врожденными, так и социальными факторами, является трюизмом. Врожденные факторы открыто проявляются в некоторых редких органических случаях (некоторые формы умственной недоразвитости и деменции). Есть косвенные доказательства, указывающие на влияние генетических факторов на психозы, а некоторые данные позволяют говорить об их влиянии на развитие неврозов и нарушений личности. Не ясно, что в действительности наследуется, но

предполагается, что как физические признаки — например, строение тела, — так и психологическая структура личности подвержены влиянию наследственности, а между ними отмечается корреляция. Обычно думают, что общая предрасположенность к психическим заболеваниям или моральной слабости, из которую вешали ярлык «дегенерация», является врожденной. Современная генетика склоняется к теории, поддерживающей более своеобразное наследование отдельных психических заболеваний. Сравнительно недавно найдена связь между некоторыми аномалиями в строении хромосом и интеллектуаль-ными и личностными нарушениями. Неизвестно, какие физиологические и психологические механизмы приводят к появлению таких отклонений.

Все, что человек испытал в течение всей жизни, начиная с зачатия, теоретически можно посчитать внешними факторами, которые могут влиять на способ его поведения и на то, как он будет «болеть». Физические, психологические и социальные факторы в совокупности создают уникальную среду каждого человека. По этой причине Адольф Мейер видел в психическом расстройстве уникальную реакцию человека на свое окружение; самым коротким диагнозом при таком подходе была бы фамилия пациента.

В поисках причин, вызывающих психические расстройства и связанных с окружением, теоретики обращались к нескольким направлением, в разной степени углубляясь в предмет. После преодоления средневековых взглядов, когда психическую болезнь приписывали либо одержимости — божественной или дьявольской, либо испорченности, а за советом обращались не к врачу, а к теологу или философу, психология вновь обратилась к концепции Гиппократа, согласно которой разум находится в мозгу, а помешательство вызывают различные факторы, нарушающие функции мозга. Стал модным лозунг: «Психические болезни — это болезни мозга», при этом ожидались открытия соматической патологии. Достаточно много данных свидетельствует о биохимических нарушениях в случае маниакально-депрессивного психоза и шизофрении, чтобы поддерживать оптимизм тек, кто верит, что удастся найти какие-то соматические изменения. Однако вопрос, насколько каждое биохимическое нарушение является первичным, а насколько вторичным, остается открытым. Оно может быть скорее следствием, нежели причиной психических сим-

птомов, но даже если оно и является причиной симптомов, возможно, что биохимические отклонения вызваны психическим стрессом и в дальнейшем оказываются под влиянием психических факторов. Другими словами, предполагается существование сложного взаимодействия психических и биохимических факторов, отвечающих за появление психического расстройства и за его дальнейшее развитие. Итак, функциональные психозы отвечают общепринятым критериям психосоматических заболеваний: болезней, при которых присутствует соматическая патология и одновременно довольно часто отмечается роль психологических факторов в появлении заболевания.

Область обычных психических болезней продолжает оставаться открытой для теорий, объясняющих их появление. Существующие теории значительно отличаются подходом к предмету и пользуются терминами нейрофизиологии, кибернетики, физиологии и социологии. Семантические трудности обычно усугубляют различия между теориями. Главное отличие состоит в том, какую роль отводят наследственности, а какую — факторам среды; какую биологическим, а какую культурным факторам; какую физическим, а какую психосоциальным. Важно помнить, что это не разделение типа «или — или», а скорее противоположные полюса одного континуума. Все теории соглашаются с наличием взаимодействия многочисленных факторов, не ограничиваясь упоминанием одного из них, например, такого, как гипоксемия мозга при родах, материнская депривация или социальная изоляция. Все признают, что можно провести параллель между нейрофизиологическими и психологическими явлениями, но некоторые исследователи часто пытаются отделить ненормальное поведение, вызванное нарушениями функций мозга, от неадекватного поведения как реакции на давление факторов среды.

Психодинамические теории

Это название относится к классической теории Фрейда и вытекающим из нее теориям, согласно которым поведение детерминировано равновесием, возникающим между динамическими силами, воздействующими на индивида. Поведение часто непонятно для наблюдаемого или наблюдателя, поскольку

ни один ни второй не осознают всех существующих мотивов в конфликтов.

Фрейд считал, что поведение детерминировано главным образом неосознанными, инстинктивными влечениями; на их проявление влияют характер окружения и «моральность». Он утверждал, что психика делится на три части: Оно (ид), *Я (это)* и Сверх-Я (супер-эго), причем неосознанные биологические инстинкты, в основном половой инстинкт и инстинкт агрессии (Эрос и Танатос), находятся в ид. Супер-эго, созданное благодаря интериозации ценностей и норм, перенятых от родителей, учителей и взятых из культурной традиции в раннем детстве, в общих чертах соответствует «сознанию». Эго занимает центральное место. На него влияют не только ид и супер-эго, но и внешняя среда, из которой поступает информация в виде сенсорных раздражителей, дополненных памятью предыдущих событий. Пытаясь сохранить равновесие между требованиями ид, супер-эго и действительности, эго руководствуется принципами самосохранения и избегания боли. Угроза его безопасности может исходить от внешней среды, неудовлетворенных требований инстинктов или быть диктатом супер-эго, и сигналом об этой угрозе является страх. Эго может реагировать на опасность, исходящую от среды (внешняя опасность) сознательно выбранным действием, например, бегством. На внутреннюю опасность (со стороны ид и супер-эго) оно реагирует, используя неосознанные защитные механизмы, например вытеснение, симуляцию реакции и регрессию. Они могут быть достаточно эффективными, устраняя опасность из сознания, но очень часто влекут за собой симптомы неврозов или нарушения поведения. Страх — одна из главных составляющих в генезисе невроза, посылается сигнал опасности, в результате которого происходит блокирование влечения — в ситуации, когда его удовлетворение кажется опасным или невозможным из-за особенностей внешней среды или из-за неодобрения со стороны супер-эго. Это происходит в тех случаях, когда есть опасность наказания или потери любимого человека (боязнь кастрации, боязнь сепарации). Фрейд отводил главную роль половому влечению в формировании характера и поведения, но важно не забывать, что термин «половой» относится к любому действию, вызывающему телесное удовольствие. Невроз в основном зависит от способа, с помощью которого незрелое эго проходило оральную, анальную и фал-

лическую стадии детского полового влечения. Это сложное развитие биологически детерминировано увеличенным периодом детства у людей, у которых первая любовная связь была кровосмесительной, а полное удовлетворение — невозможным, что приводит к возникновению эдипова комплекса. Именно в детстве может произойти нарушение развития эго или его остановки на каком-то уровне. Детский невроз из-за эдипова комплекса неизбежен, но он не должен проявляться во взрослой жизни. Однако любой невроз у взрослого является результатом или остановки развития, или реактивацией детского невроза, вызванной защитным механизмом регрессии в ответ на стресс. Из теории Фрейда следует, что поведение определяется главным образом неосознанными факторами. Влечения, защитные механизмы и участие супер-эго обычно недоступны для непосредственного наблюдения. О них можно делать косвенные выводы на основания содержания сновидений, оговорок, свободных ассоциаций, симптомов неврозов и психозов. С точки зрения психоаналитической теории правильное и неправильное поведение — два полюса одного континуума. Характер психического расстройства в каждом случае детерминирован степенью развития эго и защитными механизмами, участвующими в поддержании равновесия между влечениями, действительностью и супер-эго (Freud, 1940; Fenichel, 1946).

Более поздние разновидности психоаналитической теории касались в основном источников агрессии, взаимозависимости агрессивности и полового влечения в детерминации поведения, постоянности фаз развития этих влечений, источников социальных влечений, того, в какой степени культурные факторы могут влиять на поведение и личность, и, наконец, того, насколько поведение детерминировано структурой эго, а не только влечениями. Современные течения используют интеграцию знаний родственных дисциплин, включая непосредственное наблюдение за поведением животных и детей, достижения экспериментальной психологии в области теории научения, антропологические и социологические данные, а также различные психоаналитические исследования. В результате вырисовывается сложная картина развития личности и моделей поведения, а вместе с тем возникает и более гибкая оценка факторов, детерминирующих эти явления.

Александер и неофрейдисты (Фромм, Хорни и Салливан) отводят влиянию сексуального инстинкта на поведение более

скромную роль. Неофрейдисты подчеркивают влияние социологических и культурных факторов па развитие личности и не считают, что специфика социального поведения определяется первичными биологическими влечениями. Они уделяют больше внимания актуальной жизненной ситуации и не считают, что все психические расстройства детерминированы переживаниями в детстве. В рамках более «ортодоксальных» психоаналитических методов продолжают развиваться эго-психология и эго-анализ; эти направления намечались как в поздних трудах самого Фрейда, так и в исследованиях его дочери — Анны Фрейд. Хартман (1964) описал развитие эго и его адаптационную роль посредника между неосознанными влечениями и сознательной мотивацией, основанной на факторах окружения. Рапапорт (1960) выдвинул на первый план способность эго модифицировать и тормозить требования как инстинктов, так и среды. Понятие автономии эго позволяет считать, что не все поведение определяется бессознательными конфликтами. Холт (1967), обсуждая это понятие и проблему воли, обращает внимание на данные исследований поведения в ситуации сенсорной депривации и предлагает заново сформулировать психоаналитическую теорию на языке нейропсихологии. Эриксон (1965) описал фазы социального развития, параллельные фазам психосексуального развития. Кардинер и соавторы (1959) также подчеркивают роль эго, влияние среды и социального научения на детерминирование поведения растущего ребенка. Эти новые концепции уравновешивают теорию, согласно которой поведение детерминировано противоречиями между первичными влечениями. Они также позволили примирить психоаналитическую теорию с этологией и социологией. С другой стороны, Кляйн использовала методы психоанализа для исследования раннего детства и подчеркнула значение своеобразной агрессии, выступающей в отношениях матери и ребенка и неизбежного конфликта на этой почве, даже в хороших внешних условиях.

Теории научения

В последние десятилетия делались энергичные попытки использовать достижения экспериментальной психологии для решения проблем психических расстройств. На основе экспери-

ментальных трудов Павлова, Уотсона, Скиннера, Халла, Спенса и других были сформулированы правила научения, которые могут помочь в понимании человеческого поведения и найти способы его изменения. Некоторые из этих правил подробно описываются в следующих главах, здесь же приводится несколько общих замечаний. Теории научения, как и другие, описывают участие генетических факторов и факторов среды в детерминации отклоняющегося поведения, а психическое расстройство рассматривается как результат взаимодействия более или менее предрасположенного к нему индивида с его меняющимся окружением. Поэтому можно обсуждать, насколько психические симптомы являются формой выученного поведения. Согласно Айзенку, предрасположенность к неврозу детерминирована особенностью личности — невротичностью. Это — степень эмоциональной неустойчивости, определяемая реактивностью вегетативной нервной системы. В отличие от этой черты личности, симптом невроза является типом неадекватного поведения, приобретенного в определенной ситуации в результате научения. Каждое предыдущее переживание может влиять на развитие личности и формирование симптомов.

Между психодинамической концепцией поведения и теорией научения много общего, но есть и некоторые различия. В теории научения не постулируется существование широко распространенных конфликтов в психике, таких, как эдипов комплекс и неизбежность детского невроза, и не считается, что форма невроза обязательно задается в детстве.

Лечение

Принято описывать следующие методы лечения, используемые в психиатрии: физические, психологические и социально-терапевтические. Часто эти методы соединяются, а поскольку многие из них носят эмпирический и симптоматический характер, между теоретическими формулировками и методами, выбранными данным психиатром, не обязательно наблюдается тесная связь. Желание облегчить страдания сильнее, чем рациональное стремление использовать только терапевтически надежные средства и в точности следовать научным предписаниям.

Физическое лечение

Расстройства, связанные с определенной соматической патологией, могут реагировать на такое лечение, как инъекции пенициллина при сифилисе мозга или хирургическое удаление опухоли мозга.

Электрошоковая терапия (ЭТ) — метод лечения, основанный на эмпирических показаниях в основном при тяжелых депрессивных состояниях. Он может эффективно воздействовать при депрессивных психозах или смягчать депрессивные симптомы, связанные с другими расстройствами, такими, как шизофрения и навязчивые идеи.

Антидепрессанты (не следует путать их с эйфорическими средствами, например амфетаминами и кокаином) могут быть эффективными при заболеваниях того типа, которые поддаются лечению ЭТ, но лечебный эффект наступает медленней.

Атарактики (малые транквилизаторы) используются для подавления беспокойства, боязни и возбуждения. В основном они более эффективны при обострениях, возникших недавно, чем при затяжных заболеваниях.

Нейролептики эффективны не только при возбуждениях и раздражениях, но часто благотворно влияют на нарушения мышления, мании и галлюцинации при психозах. Они являются основой лечения, по крайней мере в начальной стадии, острой шизофрении и мании.

Лейкотомия может облегчить тяжелые состояния страха и напряжения, а также уменьшить интенсивность маниакально-депрессивного психоза. При использовании искусной операционной техники и тщательном выборе пациентов можно получить хорошие результаты с небольшими личностными и интеллектуальными изменениями или вообще без них. Она обычно используется в тех случаях, когда болезнь неизлечима, а пациент сильно страдает психически.

Социально-терапевтическое лечение

Включает все способы создания такого окружения, в котором болезнетворные влияния сведены к минимуму и которое максимально способствует выздоровлению и сохранению здоровья пациента. Хотя из попыток воздействовать через окружение следует, что некоторые болезнетворные факторы вызваны именно им, это не означает, что социальные факторы

играли главную роль в этиологии. Помощь и совет могут касаться квартиры, работы, семьи и отдыха. Социальная среда клиники, «терапевтическое сообщество», социальная помощь, выбор между госпитализацией и амбулаторным лечением - вот различные аспекты стремления максимально использовать благотворное социальное влияние на больного.

Психологическое лечение

К нему относятся все виды воздействия на психику, начиная с ободрения и кончая психоанализом Фрейда и поведенческой терапией. На практике решение о том, как будут лечить пациента, зависит не только от вида заболевания, но и от теоретических взглядов и личности психиатра, а также от доступности методов лечения.

Различные виды психотерапии отличаются друг от друга методами, целями лечения и теоретическими формулировками задач. Хотя все они основаны на словесном общении, но лечение может проходить индивидуально, в семье или в группе, кроме того, в значительной степени варьируют частота и продолжительность сеансов лечения.

Психоанализ Фрейда и некоторые его модификации — наиболее амбициозная и интенсивная форма лечения, основанная на самоанализе. Оно проходит в виде часовых сеансов, от 4 до 6 раз в неделю на протяжении нескольких лет. Цель — ознакомление с бессознательной мотивацией поведения, что должно привести к развитию характера со здоровой структурой. Устранение симптома не обязательно является первичной целью, это может произойти само по себе по мере построения более здоровой личности.

Главный метол этого лечения — свободные ассоциации. Больного просят, чтобы он говорил все, что приходит ему в голову, безо всякого выбора или подавления. Изучение и интерпретация свободных ассоциаций и содержания сновидений позволяет распознавать и проверять некоторые важные, бессознательные мотивации пациента. Кроме того, наблюдение переносов и сопротивления, возникающих во время лечения, позволяет узнать, как пациент относится к другим, людям, и определить используемые им защитные механизмы. По мере самоанализа у пациента появляется возможность отучиться от невротических моделей поведения с помощью их «переработки» и приобрести навыки успешного общения с людьми

благодаря опыту, полученному в терапевтическом союзе с психоаналитиком.

Психотерапия с аналитическим уклоном может иметь столь же амбициозные цели, как и психоанализ, но лечение проходит в виде часовых бесед 1-3 раза в неделю в течение значительно более короткого времени, чем полный анализ. Это достигается благодаря тому, что аналитик играет более активную роль, манипулируя переносами и посвящая беседы наиболее важным, с его точки зрения вещам. Не возбраняется вникать в содержание сновидений, исследовать свободные ассоциации и интерпретировать бессознательные механизмы, но гораздо большее внимание уделяется текущим событиям.

В качестве примера неофрейдистского подхода можно привести лечение по методу Салливана, который считает, что эмоциональное здоровье в большей степени зависит от характера отношений с людьми, чем от интрапсихических конфликтов. Освобождение от напряжения и страха зависит от удовлетворения биологических влечений и от чувства безопасности, вызванного одобрением окружения. Удовлетворение и чувство безопасности можно получить только через взаимодействие с другими людьми; модели отношений с ними обычно формируются уже в детстве. Во время лечения терапевт может непосредственно наблюдать, как пациент относится к нему, и раскрыть его прежние способы взаимодействия с другими людьми. В результате пациент может осознать, что он пользуется неправильными моделями взаимоотношений, и попытаться изменить их так, чтобы они приносили ему больше эмоционального удовлетворения.

В менее интенсивных разновидностях психотерапии, основанной на самоанализе, большое внимание уделяется закреплению существующих черт здоровой личности и изменении неадаптивных реакций, наблюдается отказ от радикальной трансформации личности. Только более осознанные конфликты поддаются интерпретации, текущим проблемам уделяется столько же или даже больше внимания, чем детским переживаниям. К данной категории можно отнести психобиологический метод Адольфа Мейера и клиент-центрированную психотерапию Роджерса. В последнем из упомянутых методов терапевт продолжает быть активным, но сне директивным». Цель лечения — позволить больному решить собственные проблемы с помощью здоровой части личности. Терапевт отражает чувства и «сглаживает» конфликты по мере того, как пациент их представляет, таким образом,

чтобы последний постепенно осознавал свое поведение и овладевал навыками его модификации. Итак, внимание сосредоточено на актуальной жизненной ситуации. Не интерпретируются переносы и не изучаются свободные ассоциации.

Роджерс подчеркивает, что с целью создания атмосферы, в которой больной сможет достичь большего, терапевт должен принять установку, основанную на трех принципах. Терапевт должен быть самим собой и не играть какую-то роль, должен полностью принимать личность пациента и попытаться достичь эмпатического понимания пациента. Создание такого подлинного союза является обязательным и достаточным условием эффективности лечения.

Рациональная психотерапия является директивной формой лечения, цель которой — замещение имеющихся симптомов более удовлетворительными моделями поведения. Кроме помощи в их приобретении она может дать некоторое объяснение их происхождения и симптомов.

Поддерживающая психотерапия обычно не стремится к анализу или изменению личности. Ее цель — как можно скорее ликвидировать или смягчить симптоматику. Среди используемых методов можно отметить «обсуждение проблем», поддержку, внушение, убеждение и непосредственное руководств. Эти способы напоминают методы друзей и родственников, но в данном случае предлагается более надежная поддержка в лице опытного врача, который, кроме того, может пользоваться у пациента большим авторитетом.

Психоаналитические и психодинамические теории всегда подвергались критике. В настоящее время большинство людей ценит меткие замечания Фрейда о влиянии бессознательной мотивации, детских переживаний и хода психосексуального развития на картину поведения взрослого человека. Тем не менее, теорию психоанализа обвиняли в ненаучности на том основании, что из нее невозможно вывести гипотезы, которые можно бы было проверить и, возможно, опровергнуть (Nagel, 1959; Popper, 1963). Некоторые психоаналитики принимают эту критику, но утверждают, что теория психоанализа имеет скорее семантический характер, а не описывает явления, а также то, что она объясняет пациенту в биологических категориях значение его переживания и поведения (Rycroft, 1966). Ставилась под сомнение эффективность лечения с помощью психоанализа (Eysenk, 1960b), что нашло отражение в многочис-

ленных современных трудах на эту тему (Bergin, 1967; Kellner, 1967; Malan и соавт., 1968; Strupp и Bergin, 1969). Значение «посторонних» переменных, таких, как внушение и ожидания пациентов, начинающих психиатрическое лечение в любой форме, оценивается все внимательнее (Frank, 1961, 1968). Фрейд (1937) описывал эффективность анализа по отношению к таким решающим факторам, как интенсивность расстройства, сила инстинктов и сила эго. Он подчеркивал ограниченность психоанализа относительно видов нарушений, которые можно лечить с его помощью, и степени улучшений, которой можно ожидать. Проблема границ применения и изменений, вызванных терапией по отношению к «естественному ходу» психических заболеваний, обсуждается в главе 5. Можно связать результаты лечения с применением некоторых психотерапевтических процедур, но количество переменных здесь огромно. Одни больные поправляются без правильного психиатрического лечения, а состояние других в результате лечения может ухудшиться (Bergin, 1967). Часто психические расстройства отличает устойчивость к лечению. Когда симптомы невроза сохраняются, несмотря на самоанализ их возможных причин, считается, что самоанализ имеет, прежде всего, интеллектуальный, а не эмоциональный характер. Но «эмоциональный самоанализ» не всегда достаточен для появления улучшений (Storr, 1966). Кроме того, больные могут поправиться без осуществления эмоционального самоанализа или в результате реакции на фиктивно реконструированные события прошлого (Sargant, 1957). Существуют различные объяснения часто наблюдаемой стойкости некоторых психических расстройств к любой трансформации с помощью словесных средств. Как в психодинамических теориях, так и в теориях научения подчеркивается, что симптомы могут иметь адаптивный характер, но могут также затруднять адаптацию (парадокс невроза). Многие теоретики выделяют в сфере научения познавательные и эмоциональные процессы. Между первичными и вторичными процессами в концепции Фрейда и первой и второй сигнальными системами Павлова наблюдается некоторое сходство. Можно ожидать, что речь и познание будут влиять на поведение, которое закрепилось на почве вербального сознания, в то время как изменение эмоциональных и поведенческих реакций, приобретенных без участия когнитивного сознания может требовать «корректировочных эмоциональных переживаний» или других реальных поведенческих реакций.

Социально-терапевтическое лечение

Включает в себя все способы создания такого человеческого окружения, в котором болезнетворные влияния сведены к минимуму и которые максимально способствуют выздоровлению и сохранению здоровья пациента. Хотя из попыток воздействовать через окружение следует, что некоторые болезнетворные факторы вызваны именно им, это не означает, что социальные факторы играли главную роль в этиологии. Помощь и совет могут касаться квартиры, работы, семьи и отдыха. Социальная среда клиники, «терапевтическое общество», социальная помощь, выбор между госпитализацией и амбулаторным лечением — вот различные аспекты стремления максимально использовать благотворное социальное влияние на больного.

Поведенческая терапия нацелена на изменение актуальных симптомов и наибольшее внимание уделяет их проявлению в поведении в виде поддающихся наблюдению реакций. Используются методы, основанные на различных законах научения. Хотя поведенческие терапевты согласны, что симптомы имеют источник и развиваются, они не считают обязательным выяснять эти явления в каждом конкретном случае.

Терапевтические методы, используемые в поведенческой терапии, значительно отличаются от методов, используемых в психодинамическом лечении. Принципы и данные, полученные экспериментальным путем, лежащие в основе поведенческого лечения, привели к появлению таких процедур, как систематическое составление иерархии ситуаций, вызывающих страх, программы ступенчатых упражнений и специфичные списки положительных и отрицательных подкреплений. Данные методы почти никогда не используются в психодинамическом лечении.

Эти два метода имеют и общие подходы: использование интервью, запись ожиданий пациента, налаживание теплых отношений между пациентом и терапевтом, внушение, убеждение, поощрение (словесное или иное).

Что же касается различия методов, подчеркнем, что в психодинамическом лечении терапевт больше внимания уделяет вербальному контакту, стремится выяснить актуальное поведение пациента и пытается проникнуть в его установки и чувства. В поведенческой терапии шире используется невербальный контакт; ее основная цель — не понимание пациента, а изменение его поведения.

Глава 2. ПРИНЦИПЫ ОБУСЛОВЛИВАНИЯ РЕФЛЕКСОВ И НАУЧЕНИЯ

Границы поведенческих возможностей каждого организма обусловлены генетически. Однако то, как он ведет себя в данный момент, в значительной степени зависит от факторов среды. О научении можно говорить тогда, когда в результате каких-то действий или ощущений наступают достаточно устойчивые изменения в поведении. Не каждое поведение является результатом научения: нельзя так называть перемены, вызванные физиологическими процессами, например ростом или старением, а также переходящими изменениями, такими, как усталость или временное приспособление.

Влияние научения можно заметить на многих уровнях поведения: от простых условных рефлексов до сложных видов научения. В современной психологии термин «обусловливание» относится к двум сравнительно простым экспериментальным действиям: классическому и инструментальному обусловливанию. Исследованиям процессов, лежащих в основе обусловливания, посвящены обширные психологические труды. Хотя при нынешнем уровне знаний многие экспериментальные данные совпадают и взаимодополняются, однако теоретики выдвигают самые разные концепции и гипотезы, призванные объяснить эти данные.

Невозможно исчерпывающе представить обусловливание и научение в одной главе, поэтому мы постараемся описать только важнейшие теории и открытия в этой области, тесно связанные с проблемами этиологии и лечения психических расстройств. Полный перечень этих проблем можно найти в работе Кимбла (1961), из которой взяты данные, представленные в данной главе. Следует подчеркнуть, что многие эксперимен-

тальные данные относятся к научению лабораторных животных с помощью простых тестов; перенос этих данных на жизненные ситуации — обычно более сложные, в которых речь идет о людях, обучающихся за пределами лабораторий, — обоснован в разной степени. Не будем перечислять преимущества и недостатки аналитического или синтетического подхода. До тех пор, пока мы сможем воздерживаться от опрометчивого использования результатов, полученных в однозначных ситуациях, для объяснения ситуаций более сложных, анализ явлений, в которых заключается простое научение, представляется весьма ценным. Во-первых, потому, что легче анализировать простое поведение, чем сложное, а во-вторых, потому, что сложное поведение может, в сущности, состоять из цепочки простых поступков или, по крайней мере, охватывать подобные процессы. Однако в настоящее время связь между простым научением животных и сложными видами научения человека считается сомнительной и вызывает ожесточенные споры.

Классическое обусловливание

Эту методику ввел и систематически разрабатывал И. П. Павлов (1927). Вкус пищи вызывает у голодной собаки слюноотделение. Это безусловный рефлекс. Условный рефлекс имеет место тогда, когда слюноотделение у собаки вызывает звонок, предшествующий кормлению. Это означает, что у собаки выработался навык отвечать определенной реакцией на раздражитель, который прежде был индифферентным. Типичные действия с целью обусловливания рефлекса в лаборатории заключаются в приведении в действие звонка непосредственно перед кормлением голодной собаки. После нескольких ситуаций, при которых звонок связывается с пищей, собака выделяет слюну уже при звуке звонка. Звонок стал условным раздражителем (УР), вызывающим слюноотделение, которое стало ответом, то есть условной реакцией (УРЕ). До опыта только пища, то есть безусловный раздражитель (БР), вызывала безусловную реакцию (БУР) в виде слюноотделения.

Обусловливание классического рефлекса по методике Павлова у собак с успехом применялось на других видах организмов: от ленточных червей до человека, в том числе на младенцах.

Обусловливался широкий спектр реакций, включая симпатические реакции, такие, как потливость, ритм сердечных сокращений, выделение желудочного сока, тошнота, рвота, а также двигательные реакции, например рефлексы сухожилий и отдергивание конечности.

В результате классических исследований обусловливания рефлекса было установлено несколько описывающих этот процесс закономерностей.

1. **Приобретение, обусловливание**. Сила рефлекса возрастает с увеличением опытов с использованием как БР, так и УР; возрастание можно показать в виде асимптотической кривой.

2. **Угасание.** По мере увеличения количества опытов, в которых используется УР без БР, УРЕ слабеет и в конце концов исчезает.

3. **Самопроизвольное возвращение, самопроизвольное возобновление**. Если после угасания наступает период покоя, наблюдается тенденцию к повторному появлению УРЕ. Эта тенденция сильнее, если в период угасания рефлекс вызывался систематически, а не спорадически.

4. **Обобщение, генерализация**. Это тенденция одинаковой реакции на схожие раздражители. Собака, у которой выработался рефлекс слюноотделения на звук определенной частоты, будет выделять слюну на более низкий и более высокий звук. Сила такой УРЕ является функцией подобия использованного раздражителя с исходным. Генерализация зависит от символического значения раздражителя и его физических свойств. Хорошим примером служат исследования семантического обобщения. Разран (1939) получил условный кожно-гальванический рефлекс (КГР) на словесные раздражители. Индивид, у которого выработался рефлекс на слово *surf (англ.* волна с гребнем), сильнее реагировал на слово wave *(англ.* волна), чем на слово *serf (англ.* раб, подданный), что свидетельствует о главной роли значения, а не физического сходства раздражителей при обобщении. Новейший пример семантического обобщения приводит Фезер (1965).

Генерализации раздражителя соответствует генерализация ответа. Если какая-то УРЕ невозможна, организм реагирует на УР другим, схожим ответом. Например, собака поднимет другую лапу на УР, если привязать лапу, которую она обычно поднимала.

5. Различение, дифференцирование. Можно так обусловить реакцию организма, чтобы он различал два похожих, но не

идентичных раздражителя, которые прежде вызывали одинаковый ответ — путем подавления одного из рефлексов. Собаку, у которой обусловлен рефлекс слюноотделения при виде круга или эллипса, можно обучить так, чтобы она их различала. Этого можно добиться, многократно демонстрируя один из раздражителей (например, эллипс) без БР (пищи). После определенного количества опытов собака перестанет выделять слюну при виде эллипса.

6. Выработка рефлекса высшего порядка. Хорошо закрепленную УРЕ можно вызвать на новый УР, демонстрируя его вместе с исходным УР без БР. У собаки, у которой выработалось слюноотделение при звуке звонка, можно обусловить слюноотделение при виде черного треугольника, демонстрируя его одновременно со звуком звонка. Другими словами, звонок, то есть первичный УР, принимает роль БР. Треугольник — это вторичный УР. Павлову не удалось обусловить рефлекс выше третьей степени, поскольку первичная УРЕ угасает, прежде чем появляется рефлекс четвертой степени.

Можно рассуждать об адаптивной ценности для организма феноменов различения, обобщения и обусловливания первичных рефлексов. История никогда не повторяется, и мы никогда не оказываемся в идентичном окружении. Если бы не существовало обусловливания первичного рефлекса, не удалось бы и вызвать условных реакций за пределами лаборатории. В случае отсутствия различения не было бы адаптационной модификации рефлексов в результате изменения среды.

Инструментальное обусловливание

Ценность исследований классического обусловливания заключается в относительной простоте ситуации, при которой происходит научение, и вытекающей из этого возможности самоанализа с переменными и процессами, которые им управляют. Однако несомненно, что обусловливание классического рефлекса является примером ограниченной и искусственной формы научения. Это склонило некоторых психологов, прежде всего Торндайка (1911) и Скиннера (1938), ввести менее ограниченные условия опытов, что дало возможность изучать более сложные формы научения. От опытов Павлова они отличаются тем, что воздействие безусловного раздражителя (БР) зависит от поведения животного. Вырабатываемый рефлекс должен иметь место перед действием БР и носит инструмен-

тальный характер по отношению к этому действию. Итак, животное некоторым образом контролирует свое окружение, вместо того чтобы пассивно на него реагировать. Дрессировщики, родители и учителя используют инструментальное обусловливание многие века. Лабораторные исследования начались в 70-х гг. Наиболее распространенные методы инструментального обусловливания приведены ниже.

Метод награждения

Совершение некоего действия приближает животное к цели — к объекту, на получение которого оно мотивировано (Kimble, 1961). Типичные объекты экспериментов — коты в клетках или крысы в лабиринте, которых награждают пищей, когда им удается выйти из клетки или лабиринта. Другой метод используется в камере Скиннера, в которую помещают крыс или голубей. В камере находится рычаг, при нажатии на который в нее попадает порция пищи. Животное в камере рано или поздно нажмет на рычаг и получит пищу. Постепенно оно учится нажимать на рычаг, чтобы получить корм. Помещение в камеру Скиннера является раздражителем, приводящим к беспорядочному, состоящему из проб и ошибок поведению. Нажатие на рычаг (УРЕ) становится инструментальным по отношению к получению пищи (БР). На практике мы имеем дело с такими действиями, когда учим собаку давать лапу.

Метод бегства

Животное должно сделать определенное действие, чтобы избежать раздражителя, вызывающего боль (БР). Типичный опыт заключается в следующем: животное помещают в. клетку, имеющую пол из оголенных прутьев и пропускают через них слабый электрический ток. Удар током вызывает страхо-болевую реакцию, включающую автономные и нейрогормональные мозговые механизмы совместно с различными защитными двигательными реакциями. При появлении у животного определенной моторной реакции экспериментатор выключает ток. После нескольких проб животное учится реагировать бегством сразу после удара током.

Метод избегания

Тренировка бегства становится тренировкой избегания, если экспериментатор лает какой-нибудь сигнал (УР) перед дейст-

вием болевого раздражителя и позволяет животному избежать боли, быстро прореагировав на этот сигнал. Во время опыта животное учится как избегания боли (инструментальный условный рефлекс), так и классической условной реакции страха на сигнал. При последующих попытках реакция бегством наступает сразу после сигнала, становясь, таким образом, реакцией избегания. Были проведены обширные исследования с помощью этого метода (Solomon и Wynne, 1953, 1954; Turner и Solomon, 1962).

Реакция избегания отличается от других инструментальных реакций тем, что, как было установлено, можно выдержать сотни опытов, в которых отсутствует электрошок после предупредительного сигнала. В 1962 г. Тернер и Соломон использовали этот метод на людях и показали, что можно добиться установления устойчивых реакций избегания на индифферентные УР. Эти реакции характеризуются устойчивостью к угасанию.

Подкрепление

Для исследования количественных зависимостей, лежащих в основе выработки инструментального рефлекса, Скиннер (1938, 1953) использовал его вариант — оперантный рефлекс. Вместо серии отдельных попыток, используемых в большинстве опытов с наградой, Скиннер создавал ситуации со свободой выбора. После правильной реакции организм может ее немедленно повторить. В этих условиях прогресс научения можно измерять частотой реакции — количеством реакций в единицу времени.

В связи с тем, что подкрепление оперантного поведения (награждение) в реальной жизни обычно не бывает регулярным и постоянным, сторонники Скиннера занимались исследованиями влияния спорадического подкрепления на обусловливание оперантного рефлекса, сравнивая его с эффектом регулярного подкрепления. Спорадическое подкрепление дается через определенные промежутки времени или зависит от определенного количества правильных реакций, причем система может быть постоянной или меняться во время опыта. Каждый из четырех типов подкрепления отличается характерным влиянием на увеличение количества реакций и быстроту их угасания (Ferster и Skinner, 1957). Значение одиночного подкрепления подчеркивается в двух исследовательских методах, полу-

чивших развитие благодаря работам Скиннера: суеверном поведении и приближающем обусловливание.

Суеверное поведение. Реакцию, которая вырабатывается в результате «случайного» появления перед подкреплением, называют суеверной (Skinner, 1948). Например, если голубь получает корм через 15-секундные интервалы — равные периоды, — то любое его поведение, совпавшее с получением корма (например, нахождение в углу камеры), закрепляется и занимает важное место в поведенческом «репертуаре» птицы. Это наблюдается даже в том случае, если зерно попадает в камеру через часовой интервал, никак не связанный с поведением голубя. Употребление в этом контексте слова «суеверный» немедленно вызывает ассоциацию с поведением человека в определенных ситуациях: ребенка, который дует на кубик перед броском, или спортсмена, который приносит на матч свой талисман либо выступает только под номером тринадцать.

Приближающее обусловливание. Поскольку организмы склонны повторять реакции, совершаемые при подкреплении, можно добиться все более сложных форм поведения, успешно переходя от простых к сложным стадиям. Допустим, кто-то хочет научить голубя клевать небольшой кружок па стене. Сначала он даст подкрепление, когда голубь просто подойдет к стенке и остановится. Затем голубь получит подкрепление, когда поднимет голову к кружку. Очередные подкрепления будут сопровождать приближение голубя к цели и наконец касание клювом кружка. Используя данный тип оперантного обусловливания рефлекса, удалось создать довольно сложные модели поведения.

Сравнение классического и инструментального обусловливания

Мы показали, как осуществляется обусловливание рефлексов двух типов. Вот их главные различия.

1. При классическом обусловливании на организм воздействуют с помощью БР, не обращая внимания на его поведение. При инструментальном обусловливании использование БР зависит от поведения самого организма.

2. При классическом обусловливании временной промежуток между УР и БР остается неизменным. При инструменталь-

ном обусловливании этот промежуток зависит от поведения самого организма.

3. При классическом обусловливании УРЕ и БУР похожи, но не идентичны. При инструментальном обусловливании это сходство является скорее исключением, чем правилом.

4. Рефлексы, которые можно обусловить классическим способом, относятся или к функциям, регулируемым периферической нервной системой (слюноотделение, ритм сердечных сокращений), или к действиям, сравнительно мало зависящим от воли (движение век, коленный рефлекс). Функции, которые могут стать инструментальными рефлексами, явно контролируются волей, а в их осуществлении значительная роль принадлежит центральной нервной системе. Возможно, справедливо утверждение, что рефлексы, которые можно обусловить одним способом, не поддаются обусловливанию другим, хотя между двумя видами реакций неоднократно наблюдается поверхностное сходство.

С другой стороны, оба способа могут иметь много общего, например схожее влияние многих факторов, изменение которых отражается на результатах исследования. Одно из важнейших исключений заключается в том, что при использовании частичного подкрепления (подкрепление сопутствует только части попыток) намного сложнее обусловить рефлекс классическим способом, чем инструментальным. Несмотря на это, представляется, что обусловливание обеими способами основано на одних и тех же принципах. Невозможно провести опыт, который имел бы решающее значение, заключающийся в обусловливании одного и того же рефлекса с помощью двух методик, поскольку на практике не удается использовать чисто классический или чисто инструментальный метод.

Важнейшие переменные, влияющие на процесс научения

Научение — любое относительное устойчивое изменение повеления в результате упражнений или опыта (практики). Изменение повеления выявляется при совершении действий, которые можно наблюдать. Измеряются амплитуда, латентный период, быстрота реакции и вероятность появления. Однако в сущности под понятием научения подразумевается сам факт

приобретения навыка выполнения определенных действий, совершение этих действий не обязательно. Итак, это нечто гипотетическое, о существовании чего можно судить только на основании видимых изменений в поведении, нечто являющееся внешним, поведенческим проявлением научения. В большинстве теорий научения подчеркивается эта разница между научением и жизненным функционированием, деятельностью. В связи с трудностями разграничения факторов, влияющих на научение, и факторов, влияющих на деятельность, изучение их индивидуального действия сталкивается со многими препятствиями. Однако есть данные, что мотивация, сила условного раздражителя, степень подкрепления и перерывы в научении влияют на эффективность действия этих факторов.

Утверждается, что по мере возрастания количества опытов обусловливания рефлекса, сила УРЕ растет. Однако отсутствует определенность в значении слова «упражнения». Научение может иметь место в результате получения данных из карты — без явной постановки задания, которое должно быть выполнено. Классическое обусловливание может произойти даже в том случае, если вместо обычного внешнего раздражителя непосредственно стимулировать центральную нервную систему; не скажется и невозможность явно отреагировать моторным рефлексом. Итак, при «упражнении», по всей вероятности, имеет место некий нейрофизиологический процесс в центральной нервной системе.

Подкрепление

Чтобы можно было отличить научение от угасания, следует дать более точное определение слова «упражнение», использованного в рабочем определении научения. Неподкрепленное упражнение приводит к угасанию, в то время как подкрепленное — способствует научению. Согласно эмпирическому определению, подкрепление — это любое событие, которое, будучи правильно использованным, повышает вероятность появления определенной реакции в похожих условиях. Существуют некоторые терминологические разногласия. Скиннер выделяет положительные и отрицательные подкрепляющие раздражители — в зависимости от того, подкрепляет ли он наступление события или предотвращает его. Пища — это положительный подкрепляющий раздражитель, боль — отрицательный. Отрицательное подкрепление отличается от наказания,

которое Скиннер считает лишением положительного подкрепляющего раздражителя или действием отрицательного. Однако некоторые авторы считают наказание отрицательным подкреплением. Наказание не обладает таким же эффектом, как и отсутствие подкрепления, поскольку приводит скорее к временному подавлению, а не к угасанию.

В результате исследований были установлены количественные связи между укреплением и действием. По мере роста количества положительного или отрицательного укрепления навыки действия возрастают согласно логарифмической функции. При классическом обусловливании оптимальные результаты были получены тогда, когда УР действовал за 0,5 секунды до БР. Если этот интервал больше или меньше, обусловливание рефлекса ослабевает, а в результате действия БР перед УР (обратная выработка) почти не происходит научения. Спорадическое подкрепление приводит к большей устойчивости к угасанию, чем регулярное подкрепление. Инструментальные реакции, более близкие к подкреплению во времени или пространстве, вырабатываются быстрее, чем более отдаленные. Это явление находит отражение в термине «градиент подкрепления». Представляется, что степень эффективности отдаленного подкрепления является функцией уровня развития, на котором находится данный организм: перспектива награды обычно действует намного лучше на старших детей и взрослых, чем на маленьких детей и животных, нуждающихся в немедленной и ощутимой награде. С градиентом подкрепления связано открытие Моурера: поведение, после которого следует небольшая, но немедленная награда, а через некоторое время — серьезное наказание, имеет тенденцию к сохранению, в то время как небольшое, но немедленное наказание может привести к исчезновению поведения, даже если затем следует серьезное подкрепление (Mowrer, 1950). Мы привели рабочее определение подкрепления в связи с трудностями при формулировке теоретического определения. Против него выдвигаются обвинения в цикличности, но Скиннер обращает внимание на то, что подкрепляющий раздражитель увеличивает вероятность повторения определенной поведенческой реакции в будущем. До тех пор пока мы избегаем приписывать подкреплению значения причины, эмпирическое определение избавлено от цикличности. Было доказано (Meehl, 1950), что это определение лишено тавтологического характера, поскольку утверждение,

что определенное событие вызовет подкрепляющий эффект в некой ситуации, обычно позволяет предвидеть, что оно будет иметь такой же эффект при совершенно других обстоятельствах. Утверждается также, будто из концепции подкрепления следует, что причинный фактор действует после появления события, которое он должен вызывать. Здесь налицо непонимание употребления понятия. Это обвинение беспочвенно, поскольку подкреплению не придают значения причины, отмечается лишь его влияние на вероятность повеления в будущем. Утверждение, что подкрепление повышает вероятность возобновления поведения, которое ему предшествовало, аналогично утверждению, что сотрясение мозга уменьшает вероятность повторения повеления, которое ему предшествовало (потеря памяти). В связи с явлениями подкрепления и потери памяти появилась проблема их нейрофизиологического фона и возникла гипотеза, что подкрепление и сотрясение мозга происходят во времени, когда возможно усиление или расслабление нервной проводимости, стимулированного предшествующим поведением. В любом случае проблема относится к физиологов, а не к логике. Еще не ясно, почему подкрепляющий раздражитель подкрепляет, хотя было много попыток объяснить это явление. Психологические теории колеблются между «психическим удовлетворением» и психоаналитическим «принципом удовольствия». Физиологические объяснения связаны с понятием сокращения побуждения *(drive reduction)* и гомеостазом.

Возвращаясь к эмпирическому описанию подкрепляющих раздражителей, установим, что пищу, воду, секс и боль называют первичными подкрепляющими раздражителями, поскольку они связаны с удовлетворением основных физиологических потребностей. Однако способ приобретения подкрепляющего характера многих раздражителей напоминает классическое обусловливание условного рефлекса. Для создания подкрепляющего раздражителя второго уровня воздействуют индифферентным и подкрепляющим первичным раздражителем до тех пор, пока первый не приобретет подкрепляющего характера, то есть способность сдерживать угасание некой реакции или подкреплять научение новой реакции. Характер награды подкрепления второго уровня виден на примере эксперимента Бугески (1938) с двумя группами крыс, у которых обусловили рефлекс нажатия рычага для получения пищи, которая со стуком падала в камеру Скиннера. В период угасания в первой

группе стук сохранялся, во второй — прекращался. Рефлекс нажатия рычага медленнее угасал в первой группе. Иначе говоря, стук действовал как подкрепление второго уровня, задерживая угасание в связи с отсутствием первичного подкрепления. Подобным образом при возникновении связи с неприятными раздражителями индифферентные раздражители вызывают отвращение. Описанное выше научение условного рефлекса избегания заключается в обусловливании рефлекса вторичного подкрепляющего раздражителя. Другим примером научения, основанного на подкреплении второго уровня (Miller, 1948), являются крысы с обусловленным рефлексом бегства из белой в черную коробку с помощью ударов током в белой. После закрепления этого рефлекса удары током уже не использовались, но, несмотря на это, если крыс сажали в белую коробку, то они продолжали немедленно убегать в черную. Белая коробка стала условным негативным раздражителем (второго уровня, отрицательно подкрепляющим). Множество данных свидетельствует о том, что переменные, воздействующие на классическое и инструментальное обусловливания рефлекса, влияют подобным образом на появление подкрепляющих раздражителей второго уровня.

Кроме способности усиления рефлексов первичным подкрепляющим раздражителям свойственна функция мотивации. Подобным образом и подкрепляющие раздражители второго уровня приобретают мотивационные свойства в том смысле, что они выполняют роль цели, которая направляет поведение. В понимании некоторых представителей теории научения, концепция подкрепления второго уровня облегчает объяснение целой гаммы экспериментальных данных. Например, способность увеличивать сопротивление угасанию, свойственная частичному подкреплению, может заключаться в том, что в ходе приобретения рефлекса возникает некий вторичный подкрепляющий раздражитель, действующий в тех случаях, когда отсутствует первичное подкрепление. Одна из важнейших особенностей подкрепления второго уровня — способность влиять на поведение до воздействия первичного подкрепления. Халл (1952) выдвинул концепцию «частичных антиципационных награждающих реакций» *(fractional anticipatory goal responses),* которая призвана объяснить очередные элементы поведения при решении сложных проблем, когда первичное подкрепление приостанавливается до предоставления окончательного и верного ответа.

Принцип подкрепления и мотивации второго уровня проясняет влияние научения на мотивацию. В экспериментах с шимпанзе удалось сделать деньги или жетоны вторичными подкрепляющими раздражителями, стимулирующими этих животных. Разумеется, приобретенные влечения стимулируют многие аспекты поведения человека, которое не управляется непосредственно первичными влечениями, такими, как голод и сексуальное поведение.

Подражание

Люди обычно учатся в свободной среде, в которой на первый план выступают речь и наблюдение за поведением других людей. Бандура обратил внимание на то, что обучение языку или выполнению сложных действий (например, вождению автомобиля) с помощью оперантного обусловливания рефлекса было бы очень трудоемким. Кроме того, приобретение новых моделей поведения путем «обучения на ошибках» было бы очень опасным в естественной среде, в которой ошибка может привести к катастрофическим последствиям. В жизни общества, в отличие от лабораторных условий, подражание играет важную роль, особенно когда речь идет о приобретении совершенно новых реакций. Бандура подчеркивает большую эффективность подражания, чем приближающего обусловливания рефлекса в процессе изучения языка. Экспериментальным путем было доказано, что с помощью оперантного подкрепления с непосредственным награждением наблюдателя у него можно выработать обобщенную склонность к подражанию различным реакциям (Baer и Sherman, 1964). Миллер и Доллард (1941) показали, что детей, как и крыс, можно обучить подражанию некой модели при обучении выбора места, награждая каждый правильный выбор. Однако Бандура и Уолтерс сосредоточили внимание на заместительном научении без проб, при котором субъект учится новым реакциям в результате наблюдения за поведением других, а также за их вознаграждением, не реагируя при этом явно и не получая непосредственного подкрепления (Bandura и Walters, 1963; Bandura, 1965 a и b). В одном из опытов детям показывали фильм, в котором взрослый вел себя агрессивно, что было новым для детей. Несмотря на то, что дети не проявляли агрессивных реакций во время просмотра и не награждались, после фильма у них появились увиденные агрессивные реакции. На картину имитационного по-

ведения индивида влияют отмеченные им подкрепляющие последствия поведения модели. Если модель получает наказание, у наблюдателя отмечается меньшее количество подражательного поведения, чем в случае награждения модели. Происходит «заменяющее подкрепление» субъекта.

Есть доказательства того, что неадаптивное и неправильное поведение можно приобрести и ликвидировать с помощью методов воспроизведения поведения модели. Данные проблемы обсуждаются в следующих главах. Учитывая теоретические основы подражания, Бандура считает, что заместительное учение без проб, ведущее к приобретению новых способов реагирования, не проходит по схеме ни классического, ни инструментального обусловливания рефлексов. Он видит, как и многие теоретики научения, разницу между научением и его осуществлением, но он считает, что за научение отвечает комплекс стимулов, являющихся следствием восприятия модели и высвобождаемых при этом центробежных реакций из сферы мыслей и воображения. Именно эти символические реакции (далее — направляющие ответы) могут служить указаниями к действию, управлять проявлением имитационных реакций и направлять их.

Процессы, лежащие в основе научения

При нынешнем развитии науки часто невозможно выявить нейрофизиологические процессы, лежащие в основе научения и его реализации на практике. Иногда исследователи используют физиологические термины, иногда психологические. Физиологические теории обычно ссылаются на нейрохимические и электрические изменения. Различная картина ЭЭГ при классическом и инструментальном обусловливании рефлекса (Galambos и Sheatz, 1962) наводит на мысль, что при этом происходят разные физиологические процессы. Прибрам (1961) дает краткий перечень мозговых механизмов, связанных с научением.

Понимание физиологических процессов, которые влияют на поведение и научение, могло бы привести к разработке более эффективных физиологических методов, облегчающих научение. К сожалению, этому препятствует сложность нейрофизиологии. Это одна из причин, из-за которых психологи посвятили много времени разработке психологических теорий.

Горячими сторонниками интеграции физиологической и психологической концепций являются Хебб (1955) и Разран (1965).

В ходе развития теорий научения большое внимание уделялось двум главным проблемам: чему именно происходит научение и всегда ли необходимо подкрепление (награда). Существуют две школы решения первой проблемы. Сторонники одной (Guthrie, 1935; Skinner, 1938, Hull, 1943) утверждают, что закрепляется связь «стимул — реакция» (теория С — Р), сторонники второй (Tolman, 1932) — что выучивается ассоциация «стимул — стимул» (теория С — С, т. е. когнитивная). Следует помнить, что даже дуга рефлекса, предложенная Шеррингтоном с целью описания спинномозговых рефлексов, считалась лишь «полезной фантазией» (Pribram, 1963). Сложное человеческое поведение не удается описать в контексте столь простого процесса. Латентность «реакции» в большинстве случаев человеческого поведения свидетельствует о том, что здесь участвует не только одно звено С—Р. Чтобы это объяснить, необходимы теоретические конструкции, учитывающие роль различных переменных, в виде антиципационных награждающих реакций (Hull), посреднических процессов (Osgood) или познавательных связей. В одной из работ (MacCorquodale, Meehl, 1954) было дано формальное определение гипотетического «ожидания» *(expectancy)* Толмена и показано, насколько оно напоминает «привычку» *(habit)* в конструкции Халла. Иногда научение происходит без видимых, явных реакций. Можно предположить, что организм учится по-новому воспринимать свое окружение. Примером служит перцептивное научение, предварительное сенсорное обусловливание рефлекса (Brodgen, 1939), научение без реакции, научение выбора места и скрытое научение. Однако не исключено, что в этих ситуациях не происходит какая-то скрытая «реакция». Однако, как заметил Хебб (1958), отнесение зрительного восприятия как некой «реакции» к той же самой категории, к которой относятся движения тела, выводит понятие реакции за общепринятые рамки. Итак, некоторые типы научения лучше подходят к теории С — С, чем к С — Р. В связи с тем, что обе теории уходят корнями в результаты одних и тех же исследований, они могут отличаться только постулируемыми ими теоретическими построениями,

Переходя к другой важной проблеме теории научения: к вопросу, является ли наличие подкрепления обязательным, —

необходимо отметить, что некоторые сторонники теории С—Р утверждают, что подкрепление необходимо всегда (Hull, 1943). Однако в некоторых ситуациях нелегко определить подкрепляющий фактор даже в том случае, если в границы понятия подкрепления включить первичное награждение эксплорации и побуждения (Hebb, 1955; Berlyne, 1960), а также вторичное подкрепление. По-видимому, поиски одного простого механизма, отвечающего за процесс подкрепления, обречены на неудачу. Ослабление движения, действие или прекращение действия стимула, освобождение реакции — все это может иметь характер подкрепления. В настоящее время не существует теории, которая могла бы объединить все экспериментальные данные о подкреплении. В результате ученые отказались от поисков всеобъемлющих теорий и ограничились использованием более скромных теорий, объясняющих определенные явления, связанные с научением. Среди теорий, признающих многообразие процессов, наиболее популярной является теория двух факторов, согласно которой классическое обусловливание рефлекса (с реакцией) проходит без подкрепления, а инструментальное обусловливание нуждается в подкреплении (награде) (Mowrer, 1947; Skinner, 1938; Schlosberg, 1937). Значительное влияние на развитие теории двух факторов оказывали трудности объяснения явлений, связанных с научением избегания, Реакцию избегания вызывает безболезненный предостерегающий стимул. Благодаря ему организм избегает неприятного стимула; таким образом, нет оснований для действия подкрепления в категории уменьшения побуждения (прекращение боли). В свете теории побуждения трудно объяснить сохранение в поведении элемента избегания при отсутствии подкрепления. Теория двух факторов гласит, что при первых опытах предостерегающий сигнал (УР) — в результате близости и классического обусловливания рефлекса — получает возможность вызывать страх (УРЕ). С того момента, когда предостерегающий сигнал начинает вызывать страх, реакция избегания уменьшает его, следовательно, получает подкрепление благодаря уменьшению побуждения (инструментальное научение). Приобретенный страх часто называют боязнью или условной реакцией избегания (УРИ).

Однако до сих пор не известно, с чем следует связывать огромную сопротивляемость условных реакций избегания к угасанию. Пытаясь объяснить это явление, Соломон и Вини

(1954) сформулировали два правила: сохранения боязни и частичной необратимости страха. Первое правило гласит, что реакция избегания имеет меньшую продолжительность, чем условная реакция страха, так что реакция избегания завершается раньше, чем условный страх разовьется в полной мере. В такой ситуации организм испытывает небольшое беспокойство или вообще его не испытывает, отсутствует награждение реакции избегания. Уменьшение подкрепления постепенно приводит к такому росту продолжительности реакции избегания, что вновь появляется условный страх и реакция избегания получает подкрепление. В результате попеременного усиления и ослабления реакции страха быстрое угасание не происходит, несмотря на множество неподкрепленных попыток. Отсутствие даже медленного угасания нашло отражение в правиле частичной необратимости страха. Согласно этому правилу тяжелое повреждение может вызвать необратимые физические изменения в организме, которые делают невозможным полное угасание реакции. Аргументы в защиту этих двух правил не могут разрешить все сомнения; тем не менее, остается фактом то, что обычные методы, используемые для угасания, в случае инструментальных реакций избегания очень часто бывают неэффективными.

Другой аспект теории двух факторов — предложенное разделение реакций организма на два основных типа, основанное на том, какой из процессов научения позволяет их модифицировать. Скиннер (1938) различает вызванное поведение *(elicited)* и поведение, произведенное самим организмом *(emitted),* Реакции, полученные в результате действия известных стимулов, называются вызванными — например, слюноотделение при виде пищи; они зависят от рефлекса, вызывающего ответ (классического). Реакции, которые появляются независимо от своих своеобразных и идентифицированных стимулов, называют произведенными или оперантными. Действуя на окружение, они должны вызывать определенные последствия. Оперантные реакции подчиняются принципам выработки инструментального рефлекса. К ним относятся те элементы поведенческого репертуара организма, которые зависят от центральной нервной системы (например, речь и сокращения мышц скелета). Моурер (1950) ясно описал эту двойственную природу научения. С одной стороны он поместил классическое обусловливание реакций внутренних органов, сосудов и эмоциональных реакций, в

основном независимых от воли, в которых участвует вегетативная нервная система; они играют роль состояний ожидания, увеличивающих побуждение. С другой стороны он поместил инструментальное обусловливание рефлексов, которое вызывает реакции, осуществляемые благодаря центральной нервной системе. Они помогают решать задачи, вызывая удовольствие и уменьшая напряжение. Однако в 60-х гг. были опубликованы результаты исследований, целью которых было доказать оперантное обусловливание вегетативных реакций (Fowler и Kimmel, 1962; Frazier, 1966; Rice, 1966; Dicara и Miller, 1968). Значение этих фактов, полученных экспериментальным путем, вызывает оживленные дискуссии. В новой работе Каткин и Мюррей (1968) разграничивают обусловливание и контроль вегетативных реакций. Они утверждают, что часто ошибочно считается, будто вегетативная реакция вызвана инструментальным обусловливанием, хотя на самом деле это — классически обусловленный безусловный или условный рефлекс на внешние или внутренние стимулы, имеющие место во время попыток инструментального обусловливания. Это подтверждает вывод Кимбла, что на практике невозможно избежать появления классического рефлекса в процессе инструментального обусловливания.

Угасание

До сих пор мы занимались обусловливанием, появлением реакций, и не рассматривали процессы, связанные с угасанием определенного поведения. Основной способ вызвать угасание — повторение опыта без подкрепления. Если звонок (УС) включать без подачи пищи (БР), то слюноотделение (УРЕ) постепенно ослабнет и в конце концов исчезнет. Нельзя считать это понижение пассивным исчерпанием, поскольку условные реакции отличаются весьма ограниченной тенденцией к уменьшению только с течением времени. Исчезновение условных реакций, происходящее иногда после первой серии неподкрепленных опытов, зависит скорее от какого-то активного процесса. Существует несколько различных взглядов на эту проблему.

Среди ранних концепций угасания доминировали две, связанные с физиологией рефлексов. Первая — это концепция торможения, согласно которой любой неподкрепленной реакции свойственно торможение, препятствующее возобновлению этой реакции. Тенденция к торможению усиливается с ростом

количества неподкрепленных опытов, но уменьшается с течением времени. Явление спонтанного возобновления реакции, а также тот факт, что опыты, проведенные в одном сеансе, эффективней влияют на угасание, чем опыты, разделенные временными интерналами, согласуются с данной концепции. Однако существуют другие экспериментальные данные, которые трудно объяснить на основе концепции торможения: доказано, что реакции, приобретенные при спорадическом подкреплении, менее подвержены угасанию, чем приобретенные при регулярном подкреплении.

Вторая — это концепция интерференции, согласно которой каждая новая реакция интерферирует в возбуждение приобретенной ранее реакции, то есть вытесняет ее. Но откуда берется новая реакция и что ее подкрепляет? С точки зрения данной концепции угасание вызвано возникновением новой, противоречащей реакции. Однако есть данные, что процессы приобретения рефлексов и угасания проходят по-другому. Например, упражнения, сконцентрированные во времени, и седативные лекарства тормозят научение, но ускоряют угасание, а упражнения, разделенные временными интервалами, и возбуждающие лекарства ускоряют научение, но тормозят угасание.

Пытаясь устранить пробелы в этих концепциях, Халл (1943) создал из их элементов теорию двух факторов. Он утверждал, что как подкрепленные, так и неподкрепленные реакции вызывают состояние реактивного торможения с признаками первичного влечения, напоминающее усталость. Итак, реактивное торможение приводит к прекращению реакции и периоду отдыха, во время которого реактивное торможение исчерпывается. Ослабление реактивного торможения подкрепляет реакцию отсутствием реакции и вызывает условное торможение, которое интерферирует с закрепленной прежде реакцией и приводит к ее прочному угасанию. Однако с помощью этой теории невозможно объяснить результаты некоторых экспериментов с угасанием (Gleitman, Nachmias and Neisser, 1954), особенно касающихся угасания реакций, проходящих почти без усилий, а также угасания, полученного без реакции (после воздействия кураре). Условное торможение не объясняет также различия в подверженности угасанию между рефлексами, приобретенными при частичном и при регулярном подкреплении.

Многие исследователи выдвигают также концепцию потери генерализации. При выработке рефлексов эксперименталь-

ным путем вес стимулы, действующие во время научения, или большинство из них, влияют на реакцию. Доказано, что изменения этих «стимулов окружения», как и замена главного УР, приводят к ослаблению силы УРЕ. В результате степень схожести обстоятельств, при которых происходят приобретение и угасание, влияет па скорость угасания. Изменение интервала между пробами угасания приводит к более быстрому угасанию, чем в том случае, если интервал между пробами остается неизменным как при обусловливании, так и при угасании. Гипотеза об ослаблении генерализации помогает объяснить стойкость к угасанию частично подкрепленных реакций. Частичное подкрепление — в отличие от регулярного — устраняло бы различия между пробами обусловливания и угасания, уменьшая, таким образом, потерю генерализации при пробах угасания.

Другой эффект частичного подкрепления (если оно положительное) — чувство лишения положительного подкрепления (фрустрация), возникающее при ненаграждаемых пробах. Некоторые данные свидетельствуют о том, что таким типом фрустрации является побуждение, которое может подкреплять поведение и облегчать интерференционные реакции. Итак, фрустрация, по всей вероятности, задерживает выработку рефлекса в начальных пробах, но в последующих — усиливает реакции и увеличивает их стойкость к угасанию. Согласно этой теории, более быстрое угасание регулярно подкрепляемых реакций объясняется тем, что при угасании организм впервые сталкивается с интерференционным действием фрустрации.

Из теории ожидания также следует, что угасание является результатом интерференции со стороны других реакций. Однако она утверждает, что эти новые реакции вызваны изменением ожиданий организма, когда он осознает, что подкрепления нет. В результате скорость угасания зависит от того, насколько быстро организм замечает различия между обусловливанием и угасанием, как таковыми. Частичное и непостоянное подкрепление во время проб сильнее напоминает угасание, чем регулярное и постоянное, в результате в первом случае распознавание было бы более трудным; данные опытов показывают, что в этом случае стойкость к угасанию действительно выше. Теория ожидания использует некоторые аспекты концепции потери генерализации и теории интерференции.

Современные знания о явлении угасания находятся примерно на том же уровне, что и знания о научении и подкреплении.

Большинство наблюдений не подлежит обсуждению, однако для их объяснения необходимо выдвижение новых гипотез.

Выводы

В этой главе кратко описаны некоторые аспекты научения. Экспериментальные данные в основном были получены и в результате исследований простых форм научения у животных. Было предложено несколько обобщений, признанных большинством психологов и касающихся связей между переменными, выступающими в этом процессе.

Разумеется, человеческое поведение и научение совершенно непохожи на банальное, на первый взгляд, обусловливание у животных в лаборатории. В основном люди учатся в свободном окружении, часто среди реалий общественной жизни. Очень важную роль играет язык, при значительном участии сложных понятийных процессов. Более ранние поведенческие теории не могли описать это явление упрощенным языком классического и инструментального обусловливания. Чтобы это сделать, в теоретическую базу необихевиоризма вошли следующие понятия: ожидание, частичные аверсивные награждаемые реакции, степень подкрепления и цепной характер реакции. Больше внимания уделяется переменным организма и изменчивости индивида. Было замечено, что бихевиоризм не учитывал социального аспекта поведения, хотя многое говорит о том, что подражание является одним из важнейших способов научения в обществе.

С самого начала мы заняли осторожную позицию по отношению к утверждению о сходстве процесса обусловливания рефлексов у животных и научением людей. Некоторые исследователи считают, что правила обусловливания относятся к любому научению или что обусловливание является основой каждого научения. Считается, что сложность возникает в результате объединения эффектов многих событий, которые, кроме того, происходят одновременно. Предполагается, что внутреннее (скрытое) поведение, к которому относятся мысли и чувства, подчиняется тем же основным законам научения. Наиболее ожесточенные противники таких взглядов считают, что ни одна система процессов научения не в состоянии полностью описать научение человека; по их мнению, такие взгляды.

появились в результате необоснованных экстраполяции из опытов с животными и надуманных аналогий.

В настоящее время не существует приемлемой единой теории человеческого научения. Трудно даже выбрать одну из двух противоборствующих концепций роли обусловливания. Законы обусловливания еще до конца не изучены, очень мало знаний о том, каким образом простейшие условные рефлексы объединяются и действуют в рамках человеческого поведения. Однако утверждать, что обусловливание не имеет никакой связи с научением людей, было бы, несомненно, ошибкой.

Глава 3. ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА В СВЕТЕ ТЕОРИИ НАУЧЕНИЯ

Подход бихевиориста к психическим расстройствам основан на предположении (при отсутствии доказательств обратного), что процессы научения играют важную роль в их формировании и сохранении. Это не значит, что отрицается возможное влияние генетических факторов или явлений, связанных с развитием организма и соматическими заболеваниями, однако бихевиорист рассматривает психические расстройства через призму теории научения, стараясь определить, насколько обосновано считать их приобретенными, но не адаптивными моделями повелении. Как уже было сказано в главе 1, большинство психиатров не поддерживает ограниченную концепцию невроза и нарушений личности, а считает их вызванными многочисленными моделями поведения, скорее количественно, нежели качественно отличающимися от нормального повеления.

Все сторонники поведенческих теорий признают роль процессов научения в формировании отклоняющегося поведения, однако из-за отсутствия единой компактной теории существует несколько концепций, посвященных данному вопросу. Разумеется, проблемы, касающиеся сути и необходимости подкрепления, истинности когнитивной теории или теории С — Р, тесно связаны с приобретением как ненормального, так и нормального поведения. Некоторые терапевты принимают теорию научения Халла, другие поддерживают теорию двух факторов, есть также бихевиористы, которые, избегая теорий, пользуются системой Скиннера. Небольшое количество критических доказательств возникновения неправильной поведенческой картины у человека является дополнительным препятствием создания этиологической теории психических расстройств.

Поэтому попытки ее создания должны опираться прежде всего на клинические данные, аналоговые исследования и опыты на животных.

Большинство сторонников теории научения (Халл, Моурер, Доллард, Миллер, Вольпе, Айзенк) в соответствии с теорией Фрейда утверждают, что страх играет главную роль в невротических расстройствах. Однако они считают «невротический страх» условной эмоциональной реакцией (УЭР), которая может состоять из субъективной, вегетативной и двигательной составляющих. Эта реакция возникает в результате классического обусловливания, при котором прежде индифферентный стимул — внешний или внутренний — действует совместно с аверсивным стимулом. Многие стимулы, в принципе не вызывающие отвращения, в результате этого обусловливания, последующей генерализации и первичного обусловливания могут приобрести свойство вызывать страх. Этот условный страх одновременно носит характер приобретенного побуждения и иногда называется условным побуждением избегания *(conditioned avoidace drive* — CAD), а следовательно, может активировать и укреплять инструментальные реакции бегства и избегания. Иначе говоря, приобретение невротического страха происходит по схеме травматического возникновения рефлекса избегания. Эта схема охватывает классически обусловленную эмоциональную реакцию, после которой следует инструментальная реакция избегания и уменьшения тревоги.

Постараемся выяснить, насколько эта модель отражает возникновение невротических расстройств. Уотсон и Райнер (1920) показали в классическом эксперименте, что таким образом можно выработать страх. 11-месячный мальчик по имени Альберт слышал громкий удар о железный брусок всякий раз, когда приближался к белой крысе. Прежде у Альберта не наблюдалось никаких признаков боязни белой крысы. После нескольких проб удалось сформировать устойчивую условную реакцию страха, которая распространилась на других животных с мехом и на предметы, покрытые мехом. Она сохранялась в течение месяца. Если бы эта реакция сохранилась, ее можно было бы признать неадаптивной, поскольку в этой ситуации крысы не опасны и с ними не связан громкий звук. Перед нами пример «невротического страха».

Этот опыт довольно четко подтверждает возможность развития невротического страха в результате классического обу-

сдавливания, что приводит к связыванию эмоциональной реакции, вызванной защитными стимулами, с индифферентными прежде стимулами. Красногорский (1925, 1933) сообщал о классическом обусловливании реакции страха у детей при использовании сильного электрошока.

В опыте Уотсона аверсивный стимул воздействовал на мальчика несколько раз. Однако и разовое воздействие интенсивного аверсивного стимула может привести к стойким эмоциональным реакциям (Hadson, 1950; Campbell, 1964). Кемпбелл описывает формирование стойкой УЭР в результате единственной пробы, во время которой аверсивным стимулом был паралич дыхания, вызванный сукцинилохолином. Разумеется, эта необычная и вызывающая ужас процедура не может на практике быть причиной неврозов у человека, но в ней можно найти сходство с механизмом возникновения острых посттравматических реакций (Grinker и Spiegel, 1945; Tyharst, 1951; Popovic и Petrovic, 1964). Тем не менее, существуют экспериментальные данные, свидетельствующие о том, что повторяющееся воздействие слабых защитных стимулов может привести к продолжающимся УЭР (Павлов, 1927; Liddell, 1944; Wolpe, 1952). Это может больше напоминать обычное развитие невроза у человека. Некоторые экспериментальные данные свидетельствуют о том, что повторяющиеся слабые аверсивные раздражители могут привести к более интенсивной УЭР, чем исходная безусловная реакция; Вольпе (1958) старался выяснить это на достаточно сложной модели: страх, вызванный УР в предыдущей пробе, должен суммироваться со страхом, вызванным УР и БР в последующей пробе. Айзенк (1968а) объясняет это явление с помощью собственной теории инкубации. Он считает, что реакция страха, вызванная условным аверсивным раздражителем, может быть своего рода болезненным самоподкрепляющим событием. В связи с этим рост или угасание реакции при многократном воздействии условного неподкрепленного аверсивного раздражителя будет зависеть от существующего равновесия между инкубацией и угасанием. Инкубация наступает быстрее в случае сильного БР. Это подтверждают клинические наблюдения: фобия может усиливаться в то время, когда отсутствует повторное воздействие исходного травматического фактора (например, управление автомобилем после аварии).

Проблема устойчивости невротических реакций, вызванных навязчивым страхом, особенно занимает тех, кто считает, что

они развиваются в результате классического обусловливания. Если они зависят от классического обусловливания, то после повторного воздействия УР без БР должно наступать угасание. Действительно, клинические данные свидетельствуют о том, что часто наблюдается угасание УЭР. Тейлор (1966) обращает внимание на то, что тяжелая травма вызывает устойчивый страх или другие невротические реакции только у некоторых индивидов. Например, у большинства людей, попавших в аварию, не появляется фобии перед путешествиями. Айзенк и Рахман (1965) утверждают, что большинство выработанных страхов угасает, то есть им свойственно самопроизвольное прекращение. Несомненно, исследования страхов у детей и взрослых указывают на связь между возрастом и появлением определенных страхов (Jersild and Holmes, 1935; Mac-Farlane, 1954). По всей вероятности, появление и продолжительность страхов детского возраста сильнее связана с процессами созревания, чем с ходом предполагаемого подкрепления. Но даже у взрослых, как это следует из анкетирования здоровых людей, «иррациональные страхи» встречаются не так уж редко. Однако эти страхи, встречающиеся у здоровых людей, отличаются от фобий, которые вынуждают обращаться к врачу, меньшей интенсивностью и не создают проблем в повседневной жизни.

Факты указывают на то, что большинство реакций страха на специфичные стимулы угасает, в любом случае они не приобретают устойчивого характера и не ограничивают возможностей. Тем не менее, в результате многих убедительных экспериментов было обнаружено, что можно легко сформировать устойчивые УЭР, а также то, что условные реакции избегания (УРИ) необычайно стойки к угасанию (Solomon and Wynne, 1954). Как у людей (Campbell, 1964), так и у собак (Napalkov, 1963) уже только сам повторяющийся УР может привести к подкреплению УЭР. Айзенк (1968a) объясняет это в рамках своей теории инкубации. Соломон и Уайнн выясняют стабильность рефлексов избегания, приобретенных в травматических ситуациях, с помощью следующих понятий: сохранение страха (anxiety conservation) и частичная необратимость страха (partial irreversibility of anxiety). Из сохранения страха следует, что реакция избегания не позволяет индивиду испытывать настолько сильное беспокойство по отношению к стимулу страха, чтобы наступило угасание. Пациент, который избегает набитых людьми лифтов, не может уяснить, что эти

лифты на самом деле безопасны. В случае если нельзя прибегнуть к эффективной УРИ, поскольку свобода индивида ограничена, УЭР обычно интенсивнее *и* стойка к угасанию. Между интенсивностью УРИ и интенсивностью УЭР после первых проб возникает взаимозависимость, которая заключается в том, что неизбежное наказание вызывает более сильный страх, нежели наказание, которого можно избежать или от которого можно убежать. Питание у крыс, которых Моурер и Вик (1948) ударяли током в «безвыходной» ситуации, нарушалось сильнее, чем у крыс, которые получали удар током той же силы, но могли его избежать.

Как уже было сказано в главе 2, существуют другие теоретические интерпретации научения реакций избегания в травматических ситуациях. Например, при описании неврозов у животных Вольпе (1958) пользуется понятием подкрепления путем уменьшения побуждения и постепенного угасания под воздействием реактивного торможения, чтобы объяснить устойчивость невротического страха. Он доказывает, что реакция страха носит прежде всего вегетативный характер и сама по себе вызывает меньшее реактивное торможение, чем рефлексы мышц скелета, и поэтому угасание под действием условного торможения идет медленно. Кроме того, он обращает внимание на то обстоятельство, что беспокойство уменьшается в момент пассивного вывода животного из опыта, а уменьшение беспокойства подкрепляет УЭР. Вольпе признает, что против этой теории выдвигается множество возражений. Несомненно, многие факты доказывают, что скорее появление, а не устранение БР подкрепляет реакцию страха, поэтому вряд ли уменьшение побуждения имеет какое-то значение (Kimble, 1961). С другой стороны, хорошо аргументирована концепция о том, что ограничение свободы движений во время опыта одновременно с лишением возможности убежать действительно приводит к угасанию реакции страха (Lomont, 1965).

Поэтому предполагается, что травматическое научение избегания может являться моделью развития невротических реакций, вызванных страхом, которые не угасают из-за усиления эмоционального отклика или поведения с целью избежать повторного воздействия защитного стимула. Для вызова неврозов у подопытных животных использовался целый спектр методов. В большинстве случаев животные находятся в условиях, более или менее ограниченных условиями эксперимента,

к которым обычно относится воздействие вредных раздражителей или различных конфликтных ситуаций. Разовое воздействие интенсивного травмирующего стимула или повторяющееся воздействие более мягких стимулов приводит к стойким УЭР и УРИ у собак, котов, овец и коз (Павлов, 1927; Wolpe, 1952). К переменным, влияющим на силу и стойкость «невротического» поведения, относятся: интенсивность и частота стимула, степень ограничения свободы движения, возможности бегства или избегания, влечения, индивидуальные различия (наследственные или связанные с прошлым опытом). К первичным защитным стимулам, используемым при обусловливании эмоциональных реакции и рефлексов, относятся: удар электрическим током или струей холодного воздуха, громкий шум, игрушечные змеи и отрезанные головы. Следует подчеркнуть, что отвращение вызывают и такие раздражители, которые не повреждают тканей и не причиняют физической боли. Отвращение и отклик безусловного характера на данный стимул в значительной степени зависит от видовых различий и степени зрелости.

Значение конфликта как причины экспериментальных и клинических неврозов является предметом оживленного спора. Чтобы вызвать невроз у собак, Павлов (1927) пользовался различными способами, например, постепенно усложнял распознавание органами чувств, увеличивал интервал между УР и БР и усиливал или изменял неприятный стимул, используемый в качестве УР для вызова слюноотделения. Лидделл (1944) использовал сложное дифференцирование у овец и коз, а Массерман и Вольпе, связывая кормление с неприятным стимулом, вызывали конфликт между сближением и избеганием. Результаты исследований нашли отражение в нескольких совершенно различных теориях. Павлов предполагал существование конфликта или столкновения между «побуждающими» и «тормозящими» мозговыми процессами в результате одновременного включения условных позитивных и негативных откликов. Лидделл утверждает, что комбинация монотонности с постоянным бодрствованием приводит к «невротическому поведению» животного. Обе эти модели можно назвать скорее нейрофизиологическими, чем психологическими. Гантт (1953) для того, чтобы описать наблюдение, что собаки реагируют учащением пульса на УР еще длительное время после угасания секреционного и двигательного компонентов первичного услов-

ного рефлекса, разработал концепцию «шизокенеза», то есть расщепления условных рефлексов. Учащение сердечных сокращений в ответ на УР, предвещающий пищу, было сильнее, чем при мышечных усилиях, и сравнимо с сопутствующим сильному эмоциональному возбуждению. Гантт утверждает, что происходит расщепление мозговых процессов на те, которые участвуют в вегетативных реакциях, и те, которое отвечают за двигательные рефлексы, что приводит к сохранению неадаптивной реакции в виде учащения пульса в ответ на УР. Его предположение о том, что невротическая собака « помнит своим сердцем», напоминает мысль Брейера и Фрейда: «Невротики страдают прежде всего из-за воспоминаний». Следует с осторожностью подходить к интерпретации реакции сердца, поскольку отмечается как ослабление, так учащение сердечных сокращений. Без всестороннего изучения условий эксперимента и прошлого опыта организма не всегда легко предвидеть реакцию (Lacey, 1963).

В настоящее время существует обширная литература о влиянии лекарств, о раздражении током и ожидании обусловливания эмоциональных откликов и избегания (Stephens and Gantt, 1956; Bragy, 1957; Bridger I Mandel, 1965; Sachs, 1967). Эти факторы могут усиливать эмоциональные реакции и ослаблять реакции избегания, индуцируя, таким образом, невротические состояния. Они также могут тормозить эмоциональные реакции и облегчать реакции избегания, побуждая к «неустрашимому» поведению. Эти наблюдения ценны не только тем, что они напоминают невротическое поведение и терапевтические процедуры, но и в связи с тем фактом, что методы обусловливания и научения могут иметь подобный эффект.

Массерман (1964) считает, что ключевым моментом достижения невроза в его исследованиях является конфликт в сфере мотивации между страхом и голодом. Он привел результаты опытов на восьмидесяти двух котах и на их основании пришел к выводу, что ни само аверсивное раздражение, ни резкое ограничение жизненного пространства, ни механическое препятствование пищевому рефлексу не приводило к стойкому невротическому поведению. Однако Вольпе (1952) получил подобные образцы невротического повеления, используя лишь неприятные раздражители, и утверждает, что конфликт не является обязательным условием. Возможно, что противоречивые результаты вызваны различиями в проведении экспери-

ментов и использованием более сильных защитных раздражителей в опыте Вольпе. Хотя Вольпе утверждает, что конфликт не является обязательным условием появления экспериментального невроза, он все же признает, что амбивалентного стимулирования, призванного одновременно вызвать противоположные реакции примерно одинаковой силы, достаточно для появления экспериментального невроза. Конфликтная ситуация такого рода в состоянии вызвать эмоциональные реакции и предварительно сформированные рефлексы избегания (Fonberg, 1956). Хант (1961) считает, что есть основания для того, чтобы подвести конфликтную ситуацию к понятию защитного стимула, поскольку ее начало имеет признаки наказания, а завершение — награды. Подчеркнем, что бихевиористы, как и сторонники психодинамических теорий, считают, что конфликт может занимать важное место среди явлений, предшествующих выбору эмоциональных установок и установок избегания. В поведении котов Массермана, сталкивающихся с конфликтом между приближением и избеганием, бросается в глаза огромное поверхностное сходство с некоторыми аспектами невроза у человека. К этим симптомам относятся: неопределенный страх, двигательное беспокойство, вегетативные нарушения, чрезмерные реакции испуга, нарастающий страх в условиях, напоминающих опыт, отказ от пищи в замкнутом пространстве, рефлексы избегания и ритуальное поведение. Доллард и Миллер (1950) использовали анализ конфликта «приближение—избегание», которые сделал Миллер (1944), для создания модели появления невроза у человека в результате научения. Они считают, что большинство мучительных ситуаций в нашей повседневной жизни уходят корнями в конфликты, а не в отдельные влечения, и перечисляют множество эпизодов из детства и последующего опыта, когда нам приходится различать очень похожие явления или примирять противоречивые влечения. Непонятно, почему конфликт или амбивалентное возбуждение, не включающие вредных стимулов, вызывают аверсивную реакцию или страх. Нейрофизиологические теории, включая те, которые говорят о расщепляющем действии одновременного побуждающего и тормозящего стимулирования, требуют дальнейших разъяснений. Бродхерст (1960) ссылается на закон Йеркса-Додсона и предполагает, что задания на сложное различение, используемые при создании экспериментальных неврозов, могут вызвать слишком сильное, по сравнению

с реальной необходимостью, усиление побуждения, что приводит к чрезмерно эмоциональному поведению. Иетс в своей работе (1962) излагает результаты исследований, посвященных изучению фрустрации и конфликтов.

Результаты исследования Соури и соавт. (1956) психосоматических болезней убеждают в ведущей роли конфликта в генезисе психических расстройств. У крыс, столкнувшихся с конфликтом типа «приближение—избегание», связанным с голодом и ударами тока, наблюдалось больше случаев язвы желудка, чем у крыс, подвергавшихся только ударам тока или голоду.

До сих пор мы занимались главным образом условными эмоциональными рефлексами и рефлексами избегания, вызванными у животных в лабораторных условиях. Полученные там нарушения поведения в некотором отношении напоминают картину невроза у человека. Одно из наиболее очевидных отличий экспериментального невроза у животных от человеческих невротических расстройств — участие в последних сложных когнитивных процессов. Язык и воображение могут давать такие направляющие реакции, которые в свою очередь вызывают реакцию страха и избегания. Чтобы спровоцировать субъективный страх или вегетативные реакции, достаточно представить себе жизненную ситуацию, вызывающую страх, или даже просто подумать о ней. Интроспекция и измерение вегетативных реакций подтверждают, что появление страха связано с полученной словесной информацией или влиянием внушения, например: ожидание электрошока (Bridger, Mandel, 1964) и воздействие под гипнозом (Barker, 1965). Язык позволяет осуществлять семантическую и символическую генерализацию, в результате которой реакция, вызванная страхом, может распространяться на многие другие стимулы. Речь, мышление и воображение делают возможным появление (иногда многократное) эмоциональных реакций и реакций избегания в ситуациях, совершенно не похожих на те, в которых произошло защитное обусловливание. Это не только значительно расширяет перечень обстоятельств, при которых могут возникать эмоциональные реакции и реакции избегания, но и может быть их причиной стойкости к угасанию. Обусловливание и генерализация могут проходить вне сознания — некоторые данные свидетельствуют о том, что таким образом возникают менее адекватные и более стойкие реакции (Lacey and Smith, 1954). Хеф-

фердэйн (1962) подчеркивает особое значение направляющих реакций в поведении человека, напоминая, что все органы тела имеют рецепторы органов чувств. Поведение человека может в значительной степени управляться «внутренними» указаниями, производными мышления или какого-то соматического процесса, которые трудно отнести к каким-либо внешним стимулам из окружения. Эриксон (1958), признавая, что обусловливание может происходить без участия сознания на вербальном уровне, не спешит интерпретировать это в рамках бессознательных механизмов. Другим способом присвоения эмоциональных реакций и реакций избегания без непосредственного воздействия психотравмирующих или возбуждающих стимулов является наблюдение. Подражание, как подчеркивает Бандура, является распространенным и эффективным методом научения, и страхи могут возникать этим путем. Джонс (1924а) описал ребенка, который приобрел реакцию страха при виде кролика, наблюдая за другим ребенком в этом же манеже, который боялся кролика. Многочисленные опыты демонстрируют возможность косвенного формирования обусловленных страхов — путем наблюдения за моделью, проявляющей страх в присутствии данного объекта (Berger, 1962; Murphy, 1955; Miller, 1962, 1963; Bandura, 1965b; Bandura and Rothental, 1966). Открытие Майя (1950) и Хенгмана (1932) высокой корреляции между проявлениями страха у детей, их братьев и сестер и матерью, свидетельствует по крайней мере о существовании обстоятельств, способствующих их приобретению в результате наблюдения. Гипотезы, предложенные для объяснения невроза по принципу обусловленного страха еще не в состоянии объяснить многие факты. Даже если признать, что условные эмоциональные реакции и реакции избегания вызваны сильным аверсивным, или мягким, но многократным аверсивным, или, наконец, амбивалентным стимулированием, и аналогичны неврозам у человека, все равно отсутствует единое общепринятое объяснение источника их возникновения и длительности. Это связано с трудностью осознания, что фобические неврозы составляют лишь малую часть невротических расстройств в психиатрической практике. Если принять, что условные рефлексы, вызванные страхом, часто сопутствуют различным поведенческим рефлексам, обеспечивающим эффективное избегание и, следовательно, ослабление эмоциональных реакций (симптомов и защитных механизмов в психодинамической

теории), сразу встает вопрос о переменных, которые определяют выбор определенной невротической поведенческой реакции.

Влияние индивидуальных различий на поведенческие реакции в исследованиях неврозов свидетельствует о том, что их нельзя обойти молчанием. Существует множество доказательств того, что физиологические и психологические реакции в значительной степени зависят от окружения. Большинство выдающихся исследователей признают роль особенностей личности, обусловленных генетически или сформированных а результате прежнего опыта. Различные реакции собак Павлов (1927) объяснял существованием четырех типов личности, при этом он опирался на темпераменты, которые назвал Гиппократ: сангвинический, холерический, флегматический и меланхолический. Айзенк (1957), также ссылаясь на Гиппократа, утверждал, что внепознавательные аспекты личности можно свести к двум категориям: невротичности и экстраверсии. Под понятием невротичности подразумевается некая врожденная предрасположенность, определяющая реактивность и устойчивость вегетативной нервной системы. Невротические расстройства встречаются чаще у людей с высокой невротичностью в связи с тем, что их интенсивные эмоциональные реакции часто приводят к обусловливанию страха или провоцируют импульсивное поведение. Показатель «интроверсия — экстраверсия» на шкале Айзенка характеризует легкость обусловливания, которая зависит от не определенного четко равновесия между торможением и возбуждением в мозге. У интровертов обусловливание проходит легко в связи с преобладанием возбуждения, в то время как у экстравертов — сложнее, в связи с преобладанием торможения в мозговых процессах. Опыты показали, что быстрота классического обусловливания моргания зависит от таких особенностей личности, как тревожность (Spence, 1964) и интроверсия (Eysenck, 1957; Franks, 1960). Айзенк считал, что у интровертов с высоким уровнем невротичности часто возникают дистимические расстройства (страхи, фобии, депрессия, навязчивые идеи), а у экстравертов чаще развиваются расстройства истерического и психопатического характера. Айзенк собрал множество доказательств для подтверждения своей теории. Тем не менее, результаты некоторых исследований не только не подтверждают, но и противоречат его теории. Дэвидсон и соавт. (1964, 1966), а также Бек-

кер и Маттесон (1961) не установили ожидаемую корреляцию между обусловливанием кожно-гальванической реакции и интроверсией. Бант и Бэрендрегт не смогли найти общего фактора обусловливания. Несмотря на это, Айзенк считал, что результаты этих экспериментов не опровергают окончательно его теорию, которую можно принять как пробную (Eysenck, 1965; Eysenck and Rachman, 1965). В более поздних исследованиях (Kelly и Martin, 1969; Martin, Marks, Marks and Gelder, 1969) не удалось установить ожидаемую корреляцию между невротичностью и вегетативной реактивностью, а также между интроверсией и легкостью обусловливания. Теория структуры личности Айзенка продолжает стимулировать дальнейшие исследования и позволяет выдвигать гипотезы, которые можно проверить. То, что появление новых открытий приведет к необходимости внести в эту теорию определенные изменения, не уменьшает ее актуальной ценности. С клинической точки зрения можно предположить, что характер и сила вегетативной реактивности являются важными факторами как при психосоматических расстройствах (Lacey and Smith, 1954), так и при невротических неврозах и фобиях. Результаты исследования Ладера и соавт. (1967) кожно-гальванической реакции у больных с затяжными паническими состояниями и агорафобией указывают на более высокий уровень возбуждения и более медленное привыкание, а исследования Келли и Уолтера (1968) показали, что у этих больных кровь через предплечье течет быстрее, чем у больных с единичной фобией и у здоровых индивидов из контрольной группы. Некоторые авторы (Lader and Mathews, 1968; Snaith, 1968) придерживаются мнения, что высокий уровень возбуждения пациентов с паническими состояниями и агорафобией сильнее влияет на продолжительность расстройств, чем травма, вызвавшая обусловливание в данным случае. Напротив, у индивидов со своеобразными фобиями психотравмирующее обусловливание является наиболее важным фактором.

Итак, теоретически можно объяснить по крайней мере часть разнообразных нарушений поведения и факт их появления только у части популяции, которая подвергалась воздействию примерно одинаковых факторов среды, влиянием переменных личности на научение. То, что было сказано о процессе научения, относится прежде всего к острому неврозу и относительно обособленным фобическим реакциям, а обе эти категории не

охватывают большинства больных, встречающихся в клинической практике. Найти источник многих отдельных фобий невозможно; после интервью всегда остаются некоторые сомнения насчет подлинного значения биографических фактов. Пациент может не помнить источника или даже не осознавать наличия важных стимулов, вызывающих страх.

Можно предположить, что к важным факторам, определяющим выбор объекта фобии, относятся: частота воздействия стимула и интенсивность первичного защитного стимула, сила побуждения, переменные личности, возраст и характер стимулов окружения во время обусловливания. По всей вероятности, условными защитными стимулами становятся чем-то выделяющиеся стимулы и те, которые прежде вызывали тревогу. Условными аверсивными стимулами могут стать люди, например кто-то из родителей или учитель, который наказывает или отвергает ребенка, особенно если он делает это часто. В этом случае генерализация на других взрослых людей или людей, обладающих властью, может привести к серьезным нарушениям межличностных связей. Когда условными аверсивными стимулами становятся скрытые реакции, например желания, мысли, фантазии или реакции, воздействующие на внутренние рецепторы, может не быть ни одного очевидного внешнего раздражителя, а также никаких следов происхождения страха в сознании больного. Если условного, скрытого, вызванного реакцией, которая является частью другого рефлекса, аверсивного стимула можно избежать так же, как внешнего, то понятие «репрессии» приближается к понятию условного избегания стимула восприятия. Неопределенный страх может быть вызван обширной генерализацией стимула и первичным обусловливанием в какой-либо из перечисленных выше ситуаций. Детерминирующими переменными будут сила и частота обусловливания аверсивной реакции, а также быстрота обусловливания, свойственная данному индивиду. Кроме того, УР, вызывающий страх, может увеличивать силу безусловной реакции на другие аверсивные раздражители (Brownet et al., 1951). Некоторые составляющие УЭР могут действовать как исходные, «направляющие» защитные стимулы. Например, вегетативные и двигательные реакции могут вызывать боли внутренних органов, спазмы бронхов, тошноту и рвоту, что в свою очередь вызывает страх. Этот процесс во внутренних органах напоминает самоотражающую систему, реверберирующую им-

пульсы, для описания которых часто используется понятие нейрофизиологической системы или силы привычки. Некоторые эмоциональные реакции связаны с физиологическими процессами, которые длятся дольше и менее эластичны, чем другие реакции, поэтому они могут еще долго сохраняться после прекращения первичной стимулирующей ситуации. Например, изменение выделения кортизола и увеличение надпочечников может быть растянутым или прогрессирующим и привести к патологическим изменениям или к смерти, несмотря на выход организма из ситуации, в которой, по всей вероятности, действует такой раздражитель. Подопытные животные умирали в клетках, в которых уже жили другие животные (Clarke, 1953; Barnett, 1958). Другой пример — опыты Брэди и соавт. (1958), в которых обезьяны умирали после воздействия психотравмирующего обусловливания избегания. Независимо от этих вегетативных и внутренних реакций, которые сами могут иметь признаки защитного или приобретенного побуждения, фактором, поддерживающим продолжительный, неопределенный страх, может быть повторяющееся воздействие аверсивных факторов из внешней и внутренней среды. Вольпе (1958) считает, что страх может быть обусловлен по отношению к «окружающим аспектам переживаний», таким, как ощущение пространства, времени и своего тела. В состав условной реакции может входить «пережевывание» неприятных и тревожных мыслей и образов, которые усиливают страх, Он также может скрываться в тени приближающейся конфликтной ситуации, например брака помимо воли.

Не возникает проблем теоретического объяснения появления неопределенного и устойчивого страха, Однако общий характер многих предлагаемых теорий защищает их от попыток экспериментального опровержения, поэтому прогностическая ценность таких теорий невелика. Даже если принять, что невротические расстройства часто являются результатом реакций страха на вредные или противоречивые раздражители, требуется объяснить, по какому принципу появляется тот, а не иной симптом. В модели психотравмирующего научения избегания конечное поведение может быть произвольной комбинацией эмоциональных и оперантных реакций избегания. Вместе со страхом и его вегетативными проявлениями могут появиться различные двигательные реакции. При экспериментальных неврозах у животных и неврозах у человека наблюдается «засты-

вание», отступление, двигательное возбуждение и возобновление прежних реакций избегания.

Для понимания развития и содержания симптомов важно идентифицировать тип стресса, который их вызвал, и реакции индивида на них. В раннем детстве часто возникают ситуации, способствующие появлению защитного обусловливания. Однако трудно найти хотя бы предположительные источники. Фрейд писал, что реконструкция при помощи психоаналитического метода, как и всякого исторического метода, удастся только в ретроспективе. Чтобы установить связь между «тренингом», полученным в детстве, и личностью и поведением взрослого, необходимо проводить проспективные исследования. Многие занимались этим вопросом. Большинство ставило на первый план значение характера отношений «мать - ребенок». Боулби (1951) разработал концепцию материнской депривации в младенчестве, которая якобы является причиной развития эмоционально холодной личности преступника. Отсутствие материнского тепла якобы лишало ребенка возможности испытать любовь и доверие и, следовательно, научиться этим чувствам по отношению к матери. Последующая генерализация препятствовала установлению позитивных отношений с людьми. Со времени появления оригинального утверждения Боулби появилось много исследований на тему разлуки с матерью. Было установлено, что она не обязательно приводит к нарушениям личности или к невротическим расстройствам; а если они и появляются, то эффект не является специфичным, поскольку с таким же успехом могут возникать другие психические расстройства (WHO, 1962). Существует обширная литература о последствиях оставления ребенка матерью, и представленные в ней выводы неоднозначны (Dennehy, 1966; Granville-Grossman, 1968). Тем не менее, некоторые данные свидетельствуют о том, что нарушения личности, депрессивные расстройства и нарушения, ведущие к самоубийству, связаны с разлукой с матерью в детстве. Сторонники теории научения говорят, что отсутствие надлежащего «тренинга» в детстве может привести к появлению психических расстройств. Если в развитии человека наблюдаются — аналогичные обнаруженным у других видов — критические периоды, то эти расстройства могут быть устойчивыми. Хорошо известный эксперимент Харлоу (1963) с обезьянами, воспитанными без матерей и сверстников, проливает свет на изменение поведения, которое по-

тенциально могут вызвать превратности судьбы в детстве. Изолирование обезьян-младенцев на восемнадцать месяцев приводит к продолжительным нарушениям социального и гетеросексуального поведения. Однако настолько далеко идущие нарушения нормального детства очень редки и не могут быть распространенной причиной неврозов у людей. А вот оставление, отвержение и непоследовательность родительской опеки случаются чаще, и можно предположить, что они приводят к психическим расстройствам. Выясняется, что проверка этих гипотез связана с огромными методологическими трудностями, поэтому не удалось установить простую зависимость между типом воспитания и типом психического расстройства.

Хьюитт и Дженкинс (1946) описали три модели ненормального поведения детей в клинике штата Мичиган. Наблюдалась явная корреляция этих моделей с типами воспитания родителями. Асоциализированная преступность была связана с отказом родителей от ребенка, а социализированная преступность — с недостаточной опекой, а не с отказом. Чрезмерная строгость родителей приводила к невротическому поведению ребенка. Впечатления клинициста часто дают основания поддерживать гипотезу о существовании такой зависимости, хотя в недавно предпринятых исследованиях мальчиков из исправительного учреждения с целью ее проверки не удалось выделить отдельных моделей воспитания, которым следовали родители (Field, 1967). Этиология невроза остается неясной. Навязчивые состояния могут появляться при органических поражениях мозга, депрессиях и шизофрении, а их течение зависит от сопутствующего психического заболевания. Определение симптомов навязчивых состояний у человека основано на определяемых на практике признаках: субъективном принуждении и желании противостоять ему (Lewis, 1957); в результате они не охватывают многих повторяющихся действий, ритуалов и «рефлексов».

Для вызова фиксированных реакций (стереотипного повеления) у животных использовались различные методы. Мейер (1949, 1956) обнаружил, что у большинства крыс отмечается стереотипное поведение в ситуации, когда они оказываются перед выбором между нерешаемым заданием на дифференцирование и воздействием вредных раздражителей. Стереотипное поведение может сохраниться даже тогда, когда задание стало решаемым, действие вредных раздражителей прекратилось и был усвоен правильный ответ. Для устранения стерео-

типного поведения требовались специальные методы. Продолжительность и стойкость к угасанию этих стереотипов наводит на мысль о психотравмирующем научении избегания. Следовательно, основное влияние на стойкость этих реакций может иметь факт использования в описанных опытах вредного раздражителя. Иначе говоря, любой двигательный компонент активной реакции избегания, часто возникающий в связи с природой стимулов или уровня влечения организма, может появиться в виде повторяющейся или закрепленной реакции, и влиять на него будут те же параметры, которые воздействуют на обусловливание избегания. Важными детерминирующими факторами являются: сила аверсивных или конфликтных раздражителей, полученное прежде подкрепление, уровень побуждения и индивидуальные различия. Аверсивные раздражители увеличивают силу инструментальных реакций избегания, образованных ранее с использованием отрицательного подкрепления, и если относятся к мягким, то могут выполнять роль дифференцирующего различительного указателя, который способствует усилению инструментальных реакций, образованных при помощи награды (Solomon, 1967).

Упомянутые выше практические работы касались научения избегания и уменьшения страха. Другой пример образованных во время экспериментов повторяемых двигательных реакций является «суеверное» поведение, вызванное у голубей с помощью оперантного обусловливания. Это выглядит следующим образом: обусловливаются случайные двигательные реакции, совпадающие по времени с подкреплением, и голубь начинает проявлять на первый взгляд бессмысленное «ритуальное» поведение. Возможно, что это соответствует таким ритуалам и у людей: манерность, а также повторение лозунгов и мыслей, которые появляются благодаря связи в прошлом с положительным подкреплением. Слишком раннее появление подкрепления потребительского поведения в цепочке реакций может вызвать у птиц на первый взгляд бессмысленные и неадаптивные двигательные реакции (Hinde, 1960). Другой метод образования стереотипного поведения описал Бергсон (1967). Шимпанзе, воспитывавшиеся в изоляции, раскачивали туловище так, как это делают дети с отставанием в развитии. Это стереотипное поведение наблюдалось чаще, когда возрастал уровень страха и когда животные находились в суровых и затруднительных условиях. Можно предположить, что повторяющиеся и, по всей

вероятности, мешающие двигательные реакции могут быть одной из реакций избегания или приближения.

В компульсивно-обсессивном поведении человека важное место занимает когнитивная составляющая. Навязчивые мысли или ритуалы часто могут быть реакциями избегания в связи с тем, что их исполнение уменьшает страх, а попытка противостоять им — усиливает его. Например, пациент может мыть руки десять раз, чтобы избавиться от тревоги и мысли о том, что его руки заражены и поэтому он может заразить каждого, кто прикоснется к тому, к чему прикасался он. Однако ритуал мытья рук вторичен по отношению к мысли о заражении (Lewis, 1957), и, по-видимому, именно эти вторичные симптомы являются реакциями, уменьшающими страх. Остается найти источник мании заражения (первичный симптом). Некоторые обсессивные симптомы, например опасение, что можно быть убитым, могут быть когнитивной составляющей, обусловленной ранней эмоциональной реакцией, но часто опасению не предшествует ни один стимул, вызывающий страх. Интероцептивные, то есть внутренние, стимулы, о которых больной часто не имеет никакого представления, могут действовать как условные стимулы, вызывающие страх. Так или иначе (есть разногласия в оценке роли генерализации бессознательных условных стимулов), проблема значения понятийной составляющей, ее повторения и устойчивости до конца не выяснена. У взрослых невроз бывает обычно у пациентов, любящих порядок, отличающихся добросовестностью, высокими этическими нормами и нерешительностью (Kretschmer, 1934; Pollit, 1960; Inram, 1961; Rosenberg, 1967). Компульсивные ритуалы, которые выполняет больной, отчасти напоминают магическое и суеверное мышление маленьких детей, а также обряды, сопутствующие табу (Freud, 1918; Flugel, 1945). Сопоставив эти наблюдения, можно предположить, что компульсивное поведение является выученной реакцией избегания конфликтной ситуации того типа, который встречается в детстве, когда появление какого-либо влечения рождает тревогу, связанную с трудностью уменьшения этого влечения, поскольку она носит признаки наказания, а значит, вызывает страх. Выбор «магического», «суеверного» или «ритуального» типа избегания может зависеть от факторов развития, поскольку они входят в поведенческий репертуар детей и примитивных сообществ в момент конфликта между сближением и избеганием.

По мнению Метцнера (1963), помещая источник конфликта в детство, психоаналитическая теория позволяет найти значение содержания симптомов, но она не может ответить на вопросы о том, что им предшествует и что их поддерживает. Эти симптомы навязчивых мыслей, которые, по всей вероятности, вызваны аверсивными раздражителями из окружения, можно отнести к группе психотравмирующих наученных ранее реакций избегания. Но Метцнер признает, что это отнюдь не удовлетворительное объяснение «сумасшедших» и на первый взгляд «бессмысленных» ритуальных действий, появляющихся в ответ на тревогу, вызванную «внутренними» командами и импульсами. Возможно, есть сходство между этими случаями и результатами аналоговых исследований, в которых или наказание «вслепую», или наказание при реакции избегания приводят к ее закреплению. Метцнер считает, что реакцией ребенка (который научился верить, что «грязные» мысли можно смыть, как обычную грязь) на беспокойство, связанное с сексуальными импульсами, может быть мытье рук. Мытье рук лишь на некоторое время уменьшит тревогу, а затем сексуальные импульсы вновь повторятся. Реакции избегания не получается, мытье рук закрепляется и становится ритуалом, искажающим поведение. Случайно мытье рук может совпасть по времени с уменьшением беспокойства. Это спорадическое подкрепление увеличит стойкость к угасанию.

Можно предположить, что некоторые истерические реакции следуют по линии парадигмы психотравмирующего научения избегания. Часто совершенно очевидная психотравмирующая ситуация вызывает истерические симптомы, как в случае военных неврозов (Grinker and Spiegel, 1945) и неврозов, вызванных стихийными бедствиями. Симптомы могут появиться одновременно с сильным страхом или паникой, они могут также сопровождаться характерным спокойствием — *belle indifference.* В последнем случае речь может идти об эффективной реакции избегания страха: тот факт, что устранение истерических симптомов может привести к обнаружению страха, говорит в пользу такой интерпретации (Freud, 1909; Dollard and Miller, 1950; Brady and Lind, 1961). Когда страх и истерические симптомы появляются одновременно, они обеспечивают только частичное избегание. Вольпе (1958) считает, что истерические симптомы выступают как реакции избегания на стресс так же, как симптомы страха, но у некоторых людей и в неко-

торых ситуациях истерические симптомы выходят на первое место. Айзенк (1957) полагает, что замещение симптомов страха истерическими симптомами при реакции на стресс встречается чаще у экстравертов, чем у интровертов, в связи с тем, что более быстрое торможение у первых облегчает «блокирование» и другие неактивные реакции, например паралич, и препятствует появлению более активных реакций избегания. Клинические данные позволяют предположить, что истерия относится к пороговым явлениям: вместе с нарастанием стресса учащаются истерические реакции. Истерические симптомы чаще возникают в детстве, в состояниях ограниченного сознания и при повреждениях головного мозга. В связи с этим появление истерии может сопутствовать некоторым типам внушаемости. Не исключено, что истерические симптомы одновременно являются не наученной и условной реакцией на психотравмирующие ситуации. Могут играть роль следующие переменные: особенности личности, степень зрелости и уровень сознания. Некоторые «глобальные» истерические симптомы, например амнезия и помрачение сознания, могут быть недифференцированными и безусловными реакциями на сильный страх. Совершенно неясно, по какой причине появляются отдельные истерические симптомы. Иногда кажется, что они имитируют симптомы, которые были у больного во время пережитого органического заболевания или которые он видел у других. Например, истерическая афония может появиться после воспаления гортани или после встречи с человеком с хриплым голосом из-за рака гортани. Психоаналитическая теория учитывает символическое значение симптома по отношению к подавленному импульсу влечения.

В рамках теории научения можно описать сохранение специфичных истерических симптомов по принципам оперантного обусловливания. На истерический симптом (оперантная реакция) в начале истерической реакции может влиять наличие дифференциальных стимулов и награждения больного в прошлом, но его дальнейшие развитие будет зависеть от подкрепления положительными стимулами (например, преимущества от болезни) и избегания отрицательных стимулов (например, тещи). Оперантное подкрепление - эквивалент «вторичной пользы» в психоаналитической терминологии. «Первичную пользу» можно перевести на язык теории научения благодаря функции реакции избегания, в результате которой уменьшает-

ся страх, вызванный стимулом, не полностью осознаваемым больным. Объяснение истерических реакций в контексте социальных ролей и коммуникации можно подвести под парадигму оперантного обусловливания.

Психосоматические заболевания (болезни с более или менее явной соматической патологией, при которых психические факторы могут играть важную роль в появлении и сохранении симптомов) можно включить в рамки теории научения, если учесть генетические и конституционные факторы. Хорошо известные, но обычно обратимые вегетативные и гормональные составляющие страха и других эмоциональных реакций часто могут приводить к стойким изменениям в тканях. Другими словами, рост кровяного давления, сопутствующий страху, может закрепиться, длительная гиперемия слизистой оболочки желудка и кишечника при одновременном увеличении выделений кортизола может привести к кровотечению и хронической язве. Если это действительно так, то некоторые ситуации при научении, вызывающие продолжающийся страх, могут привести к психосоматическим расстройствам. Одно из обязательных условий психосоматического заболевания — интенсивное, возобновляющееся или продолжительное, воздействие аверсивных раздражителей или конфликтной ситуации. Один из спорных вопросов в психосоматике — «выбор органа». Почему появляется язва двенадцатиперстной кишки, а не повышенное давление? Почему возникает *colitus ulcerosa*, а не невроз, вызванный страхом? Сторонники теории научения вновь ссылаются на индивидуальные различия, вытекающие из переплетения наследственности, конституции и жизненного опыта. Индивидуальные различия моделей вегетативных реакций возникают в возрасте шести лет и сохраняются в течение жизни. Утверждают также, что данный индивид по-разному реагирует на стрессы разных типов (Lacey and Lacey, 1958; Lacey et al., 1963). Различия в протекании психосоматических заболеваний можно успешно объяснить существованием индивидуальных различий в сфере моделей и интенсивности вегетативных реакций. Некоторые данные достаточно убедительно свидетельствуют о связи между моделью вегетативной реакции пациента и психосоматическими симптомами (Malmo and Shaagas, 1949; Malmo и соавт., 1950).

Условные эмоциональные реакции могут вызывать психосоматическое заболевание, что подтверждается опытами на

животных, психотравмирующее обусловливание избегания вызывало язвы пищеварительного тракта у обезьян из экспериментальной группы, чего не наблюдалась у обезьян из контрольной группы (Brady et al., 1958). После создания для крыс конфликтной ситуации между приближением и избеганием Sawray и соавт. (1956) обнаружили у них пищеварительные язвы. Хотя явления, которые наблюдал Лидделл (1960), не относятся к психосоматическим заболеваниям, взаимное участие в их возникновении обусловливания и разлуки с матерью остается невыясненным, все же стоит привести результаты его экспериментов. Часовое воздействие на ягнят и козлят стрессогенного обусловливания во время отделения их от матерей приводило к торможению развития и быстрой смерти.

Экспериментальные и клинические данные свидетельствуют о том, что некоторые психосоматические расстройства вызываются суммарным эффектом аллергии и эмоций. Приступы астмы и сенного насморка порождались совокупным воздействием пыльцы цветов, рассеянной в воздухе, и страха, вызванного во время разговора, причем ни один из этих факторов по отдельности не вызывал приступов. Приступы астмы были обусловлены целым спектром стимулов, включая фотографию коня и фотографию матери пациента (Decker and Groen, 1956; Matcafe, 1956). Это показывает, каким образом психосоматические расстройства могут быть вызваны «психогенными», прежде индифферентными, стимулами путем классического обусловливания, генерализации стимула и обусловливания высшего порядка. Оперантное обусловливание также может играть роль в психосоматических расстройствах. Turnbull (1962) описывает этиологию бронхиальной астмы и приводит схему предположительного влияния классического и инструментального обусловливаний.

Некоторые виды алкоголизма и пристрастия к лекарствам также пытаются описать как приобретенное поведение, основой которого являлся бы страх, а уменьшение страха — поддерживающим фактором. Алкоголизм был вызван экспериментальным путем у животных (Conger, 1956). Центральным моментом описания наркомании в теории научения является понятие уменьшения страха; подкрепление поступает через фармакологическое воздействие, условное подкрепление и социальную среду. Уиклер (1968) сообщает, как обусловливание может вызвать рецидив.

Методы поведенческой терапии

Наши размышления касались главным образом расстройств, которые характеризуют достаточно отчетливые модели поведения. В этой области могут пригодиться наблюдения за аналогичной, по нашему мнению, моделью невроза у животных, прежде всего касающиеся страха и реакции избегания. Однако нарушения в поведении у человека, как правило, сложны, выступают на некоем социальном фоне и находятся под влиянием когнитивных факторов. В этой системе не всегда отмечается косвенное влияние страха и реакции его избегания. Хотя депрессивные состояния относятся к наиболее частым психическим расстройствам, до сих пор почти не было попыток описать их с точки зрения теории научения. Одно из препятствий — трудности, связанные с нозологией. Не существует общепринятой классификации депрессивных расстройств. В некоторых работах (Lewis, 1966) депрессивные и маниакальные расстройства отнесены к группе аффективных расстройств. Кроме того, не утихают споры о четком разделении эндогенной и реактивной депрессии (см. Kendall, 1968). Разумеется, в некоторых депрессивных состояниях генетические и конституционные факторы могут иметь большее значение, чем экзогенные факторы, а другие можно рассматривать как реакцию данной личности, сформированную при определенных условиях в прошлом на особого рода социальный стресс. Депрессивные состояния характеризуются низкой самооценкой, физиологическими изменениями и явными поведенческими симптомами в виде апатии. Делались предположения, что это может быть, по сути первичная биологическая реакция на ожидаемое или актуальное лишение чего-либо, которая носит адаптационный характер, подобно тому как своего рода противоположная ей реакция, вызванная страхом перед ожидаемой или фактической опасностью, подготавливает организм к борьбе или к бегству. Психоаналитики обратили особое внимание на тот факт, что траур по сути является периодом реадаптации. Многие авторы тщательно анализировали происхождение и утилитарные аспекты эмоций (Stand, 1914; Engel, 1962), и можно точно разграничить чувства вины, стыда, беспомощности и безысходности. Психоаналитическая теория (Abraham, 1911; Freud, 1917) проводит параллель между страхом и печалью, с одной стороны, и страхом и депрессией - с другой, на том основании, что первые являются реакцией на внешнюю опасность или утрату, а вторые — реакцией на неизвестную или неосознаваемую опас-

ность или утрату. Теория учения, в свою очередь, больше интересуется разграничением безусловных и условных эмоциональных реакций, чем источником стимулов, которые их вызывают.

Однако, рассматривая этиологию депрессии, трудно сосредоточиться на ее явных поведенческих проявлениях, поскольку часто на первый план выдвигается пронзительное и, возможно, гипертрофированное чувство вины. В многочисленных психоаналитических концепциях депрессии часто акцентируется значение амбивалентности чувств пациента по отношению к умершему («утрата объекта»), что нередко вызывает чувство вины и самообвинения. Иногда пациент может зайти так далеко, что думает, будто он отвечает за эту смерть и заслуживает наказания. От осиротевших пациентов часто можно услышать такие ответы, иногда принимающие форму мании. 8 случае менее острых реакций пациент может и не ощущать чувства вины, но психоаналитики считают, что в этом случае они скрыты в его подсознании.

При исследованиях депрессии в значительно меньшей степени, чем при изучении страха, использовались опыты над животными. Одна из причин — неуверенность в существовании аналога депрессии человека у животных. Сенай (1966) описывает возможные экспериментальные модели и опыт, в котором некоторые поведенческие свойства депрессии появились у собак в связи с потерей ежедневного контакта с экспериментатором. Хебб (1947) описывает «депрессивное» состояние шимпанзе, по-видимому, возникшее само по себе. Этологи размышляют, насколько отвечает депрессии поведение животных, теряющих позицию в иерархии. Возникают сомнения, связаны ли каким-то образом с депрессией «гипнотические» или «заторможенные» состояния у животных, вызванные в некоторых экспериментах, основанных на обусловливании по методу Павлова.

Бихевиористы сосредоточили внимание на наблюдаемом ограничении и уменьшении поведенческих реакций. Скиннер (1953) считает, что ограничение поведенческого репертуара может наступить в результате полного угасания оперантных реакций (абулия) или действия схем недостаточного подкрепления. Ферстер (1965) полагает, что депрессия может быть следствием или резкого изменения всего стимулирующего фона, происходящего при смерти родственника, являвшегося источни-

ком общего подкрепления, или неожиданной потери ориентации в этом фоне, что в результате приводит к избеганию индивидом положительного подкрепления — это своего рода наказание. Страх и депрессия часто появляются вместе. Причину этого можно искать в одновременном отсутствии эффективных реакций избегания и любого положительного подкрепления. Однако при интерпретации депрессии на основе принципов инструментального обусловливания остается без внимания проблема резкого уменьшения столь широкого спектра оперантных реакций. Это явление нуждается в объяснении, поскольку оно приобретает непропорционально большие размеры по отношению к уменьшению награждения или усилению наказаний, которые могут привести к временному подавлению. Эту проблему рассматривал с теоретической точки зрения Лазарус (1968а), который впоследствии описал клинические методы лечения депрессивных состояний.

Из клинической практики известно, что если начало депрессивного состояния связано с некоей социальной ситуацией, то это чаще всего расставание с кем-то или потеря важного «объекта», например ценного знакомства, здоровья, должности или денег. Причиной повышенной восприимчивости к потерям при трудностях в установлении новых знакомств — то есть в обеспечении альтернативных источников подкрепления — может быть обусловливание в раннем периоде жизни. Многие авторы подчеркивали значение эмоциональных связей матери и маленького ребенка для его дальнейшего развития (Bomlby, 1961). Одним из видов психических расстройств, которые могут проистекать отсюда, являются депрессивные реакции, хотя частота их возникновения остается спорным вопросом (например, WHO, 1962; Dennehy, 1966; Granville-Grossman, 1968). Рассматривая депрессивные реакции после расставания через призму теории научения, можно сказать, что они генерализируются на другие стимулы — поэтому депрессивные реакции будут появляться в ответ на различные социальные ситуации, не имеющие признаков значимой потери. Один из распространенных примеров условных реакций — «реакции годовщин», когда наблюдается рецидив депрессии в годовщину расставания.

Этиология сексуальных отклонений остается неясной. Учитывается взаимное воздействие многих факторов, детерминирующих их возникновение. К ним относятся: влияние наслед-

ственности, хромосомные аберрации, патологические изменения в мозге, гормональные нарушения, тип личности и социальные факторы. У млекопитающих и человека половое влечение проявляется в различных типах поведения. Это разнообразие, а также продиктованное влиянием культуры различное отношение к сексуальному поведению говорят о том, что социальный опыт должен существенно влиять на формирование у индивида предпочтения к способам удовлетворения своего влечения. Некоторые сторонники теории научения полагали, что свойственный данному индивиду сексуальный интерес может возникать по принципу научения на единственном опыте — при первом сексуальном опыте, поскольку сексуальные действия носят самоподкрепляющий характер. Однако если бы так было, то гомосексуальные склонности у взрослых встречались бы чаще и были бы ярче выражены у взрослых, чем это отмечается в действительности. Позже Мак-Гуайр (1965) предположил, что научение заключается в подкреплении фантазий, предшествующих оргазму при мастурбации, и что выбранная фантазия является первым истинным опытом полового возбуждения. Достоинство этой теории состоит в том, что она объясняет постепенное присвоение специфичных сексуально возбуждающих стимулов и отторжение других. Однако неизвестно, от чего зависит выбор первого сексуально возбуждающего стимула. Тем не менее, многие различия в широком спектре сексуального поведения можно объяснить защитным обусловливанием или обусловливанием, связанным с желанием. Рахман (19-66с) добился состояния, аналогичного фетишизму, с помощью классического обусловливания: он показывал фотографию черной женской туфельки вместе с фотографией привлекательной обнаженной женщины. Трансвестизм и эксгибиционизм могут возникать в результате ощущений, напоминающих такое обусловливание. Однако сила влечения к обычному гетеросексуальному половому акту достаточно высока, чтобы он оставался основным действием в сексуальной активности подавляющего большинства взрослых. В тех случаях, когда это не так, можно предположить, что индивид прежде подвергался защитному обусловливанию по отношению к обычному гетеросексуальному половому акту, а также положительному подкреплению других сексуальных реакций. Поведение сближения может быть приостановлено из-за отсутствия научения (например, обезьяны Харлоу) или торможения в результате

более раннего наказания или отторжения. Возможно, что некоторые отклонения в сексуальном поведении могут в определенной степени носить компульсивный характер, хотя ощущение субъектом признаков принуждения достаточно редки. Это поведенческое сходство привело Метцнера (1963) к размышлениям о том, что некоторые виды отклоняющегося сексуального поведения не могут быть приобретены и закреплены по принципу функционирования в двойной роли реакции приближения и избегания. Результатом наказания других сексуальных реакций может стать «компульсивная мастурбация», поскольку онанизм позволяет избежать наказуемого поведения и одновременно понижает половое влечение. При клинической оценке следует искать как факторы, которые могут тормозить нормальное гетеросексуальное поведение, так и факторы, определяющие выбор других направлений сексуальной активности. Гомосексуализм можно анализировать как с точки зрения сексуальной фобии к женщинам, так и полового влечения к мужчинам.

При психических расстройствах часто отмечаются импотенция и фригидность различной степени. Они могут сопутствовать многим синдромам депрессии или шизофрении. Однако можно предположить, что чаще они являются следствием острой и обратимой реакции на стрессовую ситуацию или связаны с более обширными нарушениями личности либо невротическими расстройствами. В первом случае их причиной часто может быть страх, вызванный защитным обусловливанием. Неудачное половое сношение, боль, критика или чувство вины и страх, испытанный ранее, вполне достаточны для того, чтобы обусловить реакцию страха, возникающую при последующих попытках вступить в половой акт. Те, у кого импотенция или фригидность сопровождается другими невротическими симптомами, возможно, прошли через более глубокий процесс защитного обусловливания, вызванный наказанием или конфликтом в сфере гетеросексуального поведения или межличностных отношений. Результатом могло стать или приобретение альтернативных реакций, например гомосексуализма, или полное подавление явной сексуальной активности.

Принципы оперантного обусловливания могут стать ключом к пониманию механизма многих нарушений поведения у детей и психопатии у взрослых. Приступы безудержной злости и другие виды агрессивного поведения могут развиваться

в результате неправильного использования подкрепления, когда «конструктивное» поведение не награждается и внимание воспитателей и родителей привлекает только «нехорошее» поведение. Таким образом, ребенок учится, что можно получить награду — угощение и опеку — в результате такого поведения, а «правильное поведение» в его сознании связано с отсутствием интереса и наград. Непоследовательное использование подкрепления может привести к тому, что ребенок будет проявлять беспокойство или торможение в тех случаях, когда он перестает понимать, что получит за свое поведение — наказание или награду. Он находится в состоянии растерянности, в котором невозможно научение дифференцирования. Такие ситуации могут приводить к интенсивным эмоциональным реакциям вместе с гормональным сопровождением (Mason et al., 1966). Детство, несомненно, является периодом особой восприимчивости, поскольку слабый уровень развития восприятия и языка препятствует полноценному приобретению навыка тонкого дифференцирования.

Преступное и психопатическое поведение детей и взрослых может также сохраняться из-за неправильных схем подкрепления. Немедленная награда в виде украденных денег или угнанного автомобиля и дружеское одобрение ровесников или сообщников в состоянии перевесить чашу весов, если на второй находится далекое наказание в виде тюрьмы или штрафа. В результате исследований преступников и психопатов оказалось, что в их семьях намного чаще, чем ожидалось, возникали проблемы. Из этого следует, что научение в детстве может быть важным фактором, хотя не исключается влияние генов. Айзенк считает, что психопаты являются невротическими экстравертами, и свойственное им сочетание эмоциональной реактивности с медленным обусловливанием не позволяет приобретать навыки, одобряемые обществом. Он приводит данные, свидетельствующие о том, что индивидов с личностной патологией отличают невротичность и экстраверсия.

В связи с высокой частотой появления шизофрении и тем, что она вызывает у индивида длительные страдания и приводит к социальной изоляции, вопрос этиологии является одной из главных проблем современной психиатрии. Нет недостатка в гипотезах, основанных на генетике, нейрофизиологии, биохимии, психологии и социологии. Рассуждения об этиологии шизофрении вызывают протест многих психиатров. Тем не ме-

нее трудно не согласиться с тем, что генетические факторы могут иметь важное значение, что иногда шизофрения связана с диагностируемыми изменениями в мозге и что похожий, а тогда идентичный, клинический синдром наблюдается при височной эпилепсии, отравлении амфетамином и временном воздействии острого или затяжного социального стресса. В отличие от невротических расстройств, делалось мало попыток описать шизофрению, опираясь на принципы теории научения. Вероятно, это происходит потому, что большинство сторонников теория научения склоняются к версии об органическом ее происхождении, игнорируя тот факт, что психоаналитики, экзистенциалисты и психиатры неоднократно обращали внимание на содержание и значение переживаний и ощущений шизофреника, связанных с его биографией (Sullivan, 1955; Jung, 1960; Lindz et al., 1966).

Многие психиатры выделяют ядерную шизофрению и психозы, напоминающие шизофрению. Считается, что при ядерной шизофрении личность пациента и его прошлое не помогают прояснить клиническую картину, прогноз дается неблагоприятный, подозревается наличие патологических изменений в мозгу. Психозы, напоминающие шизофрению, составляют мозаику различных синдромов, симптомы которых определенным образом напоминают шизофрению, но рассматриваются как реакция данной личности на конкретные жизненные события. Разумеется, при этих расстройствах могут иметь значение процессы научения. Однако следует подчеркнуть, что в клинической практике нет четкого разграничения на «ядерную шизофрению» и «шизофреноподобные» расстройства, и мысль, что существует «настоящая» шизофрения, которую вызывают патологии мозга, остается лишь гипотезой.

У шизофреников могут наблюдаться отклонения во внимании, восприятии, мышлении, эмоциях и мотивации — в том смысле, что наблюдателю кажется, что они неадекватно реагируют на внешнюю среду. Блейлер (1950) полагает, что всегда присутствуют четыре основных симптома: нарушение хода мышления, нарушение эмоциональных реакций, предпочтение фантазии реальности и склонность к отрешению от действительности. Погружение в мечты, сенсорная изоляция и ограничения сна могут вызывать состояния, при которых наблюдаются: аутические, насыщенные фантазиями мысли с признаками диссоциации, живость воображения, навязчивые идеи и гал-

люцинации. Эти состояния, отличающиеся по некоторым параметрам от шизофрении, но имеющие общую природу некоторых ощущений, характеризуются ограничением поступления внешних сенсорных раздражителей и понижением мозгового возбуждения. Предполагается, что низкий уровень мозгового возбуждения вызывает нарушение избирательности внимания, что, в свою очередь, приводит к появлению на поверхности сознания внутренних сигналов, обросших фантазиями. С другой стороны, слишком высокий уровень мозгового возбуждения также вызывает нарушения избирательности внимания, которые приводят к тому, что индивид не может справиться с потоком внешних сенсорных раздражителей, сметающих физиологические барьеры, по всей видимости, предварительно ослабленных (например, состояния панического страха, интоксикация ЛСД). Следовательно, можно предположить, что всегда существует некоторый оптимальный уровень мозгового возбуждения для сопротивления сенсорному потоку из окружения, а более низкие или более высокие уровни возбуждения интерферируют с центральными процессами, связанными с обработкой поступающих раздражителей. Моделированные психозы, связанные с пониженным сенсорным потоком, могут служить примером слишком низкого возбуждения, в то время как психозы, вызванные галлюциногенами, являются примером слишком высокого возбуждения (Luby and Gotlieb, 1968).

Блейлер считает, что многие симптомы шизофрении являются следствием адаптации к невыносимой ситуации диссоциативного мышления и отсутствия эмоций, вызванной первичным расстройством. Он поддерживал гипотезу о первичном процессе в мозге, но не исключал возможности, что его детерминируют психические факторы. Отмечаемое игнорирование или реакция идиосинкразии на раздражители окружения могут быть в сущности результатом физиологических расстройств мозга или нарушения восприятия, вызванных неправильным функционированием органов чувств. Чапмен (1966) считает, что незначительные нарушения восприятия и внимания можно обнаружить до появления явных симптомов шизофрении. Галлюцинации и параноидальные идеи могут появляться в результате слепоты или глухоты. Однако на внимание, восприятие, логическое мышление и мотивацию большое влияние оказывает научение. Итак, опыт шизофреника также может быть порожден научением, в ходе которого пациент

реагирует на окружение на первый взгляд непоследовательно или «бегством от действительности», поскольку люди из его окружения всегда вели себя непоследовательно и хаотично по отношению к нему, или тем, что его восприятие окружения искажено. В результате исследования семейной атмосферы шизофреников в детстве и способов общения часто обнаруживаются нарушенные отношения. Это склонило Бейтсона сформулировать гипотезу «двойного ограничения» (Bateson et al., 1956), а Лидца — описать значение разобщенности брака, а также заняться проблемой связи между нарушенным общением в семье и типом нарушения мышления у шизофреников (см. Singer и Wynne, 1965). Важно определить, насколько обоснованно считать шизофренические симптомы приобретенными реакциями на столь неблагоприятное окружение в раннем периоде жизни, что реакцией избегания становится бегство в мир фантазий. Позже Керк (1968) представил модель развития шизофренического состояния. Он считает, что это результат сложного взаимодействия, возникающего между незамеченным дефектом восприятия у ребенка и ущербом роли, который следует для его родителей.

Методы оперантного обусловливания использовались для определения поведенческого репертуара больного шизофренией и способов его модификации. Возможно, что значительная часть шизофренического поведения не поддастся оперантному контролю, поскольку зачастую вначале больные не реагируют на первичное или социальное подкрепление. Если психотическое поведение является результатом научения, то оно должно было привести к настолько глубоким и стойким изменениям, что система подкрепления, связанная с больницей, продолжает его поддерживать. Однако Ферстеру (1961) удалось исправить поведенческий репертуар детей с аутизмом с помощью оперантных техник и он считает, что аутизм может быть вызван неудачным установлением вторичных и обобщенных подкрепляющих стимулов в связи с исходным отсутствием поддержки необходимым первичным подкреплением.

Скиннер и некоторые другие авторы полагают, что корни всех психических симптомов нужно искать в недостаточном подкреплении (Skinner, 1953; Lindsley, 1960; Ferster, 1965). По их мнению, симптомы — это оперантные реакции, развивающиеся на почве недостаточного и неправильного подкрепления. Они не дают пациенту проявлять другие реакции, кото-

рые позволили бы ему получить подкрепление, потенциально достижимое в его окружении. Этот социологизаторский подход имеет определенную ценность, поскольку ведет к более глубокой и исчерпывающей оценке степени, в которой подкрепление явных оперантных реакций влияет на поведение. Но внимательное чтение трудов Скиннера показывает, что он учитывает роль и других переменных. Хотя «черный ящик» еще не открыт, но рассматривание мыслей и чувств в качестве скрытых оперантных реакций, а также описание гипотетических цепочек С—Р в сфере речи имеют значительное сходство с экспликацией процессов центральной нервной системы, то есть «разума». Относительно недавно сторонники теории научения начали уделять больше внимания посредническим процессам (Osgood, 1953; Mowrer, 1960). Теория С—Р - это, по крайней мере, теория С—О—Р или С—Р—С—Р. Хебб (1958) заметил, что до недавнего времени сторонники теории научения много говорили о процессах центральной нервной системы, но относились к ним так, как Джейн Остин относилась в своих романах к чувственной любви — что-то очень важное, о чем вслух не говорят. Все больше внимания посвящается мышлению и воображению (например, Hefferline, 1962; Staats and Staats, 1963; Homme, 1965). Несомненно, сложнее изучать влияние этих «субъективных ощущений», чем явные поведенческие реакции больных, но значение первых очевидно. Хотя методы оперантного обусловливания могут модифицировать или вызвать «психотическое поведение» (Ayllon et al., 1965), но эти процедуры обычно очень трудоемки и эффективны только в отношении части больных. Однако предположение о том, что поскольку поведение можно вызвать или модифицировать с помощью оперантного обусловливания, то оно должно быть результатом оперантного обусловливания, основано на ошибочной логике. Это подтвердил Дэвисон (1967). Он цитирует труд Римленда (1964), который говорил, что такие выводы столь же справедливы, как и заявления о том, что головная боль, от которой помогает аспирин, вызвана отсутствием аспирина.

В этой главе мы обсудили двухфакторную теорию научения и уделили особое внимание процессам опосредования, поскольку представляется, что они создают теоретический костяк, в который вписываются экспериментальные и клинические данные. Как заметил Кимбл (1961), невозможно полностью разделить действия, ведущие к классическому и инструментальному обуслов-

ливанию. Поэтому неразумно считать, что оперантное обусловливание служит ключом к познанию развития всех нарушений поведения. Кажется, что иногда легче объяснить психические расстройства генетическими и нейрофизиологическими процессами, но следует хотя бы попытаться описать их языком бихевиоризма.

Завершая эту главу, нам бы хотелось подчеркнуть некоторые сильные и слабые стороны истолкования психических расстройств с позиций теории научения. Не существует единой теории научении, которая обобщила бы информацию о научении, поступающую из лабораторий. Одни и те же факты можно по-разному объяснить, исходя из различных теорий, и далеко не всегда им удается найти экспериментальное подтверждение. Например, понятия навыка и побуждения иногда можно с успехом заменить ожиданием и ценностью. В результате, предлагаемые различными теориями пути научения как «аномального», так и «нормального» поведения создают широкий спектр возможных направлений. Частичные аверсивные реакции и процессы опосредования, несомненно, относятся к такого рода процессам. При нынешнем состоянии теории научения слова о том, что мнения сторонников теории научения о психических расстройствах опираются на монолит «современной теории научения», вводят в заблуждение. Чем сильнее данный взгляд связан с отдельным теоретическим направлением, тем выше риск, что его практическое использование будет ограниченным.

Остается гипотезой, что невротические и другие встречающиеся в психиатрии симптомы являются приобретенными моделями поведения. Она находит подтверждение в результатах опытов нал лабораторными животными, у части которых с помощью обусловливания можно вызвать, а затем модифицировать поведение, напоминающее невроз у человека. Некоторые острые, травматические неврозы у людей схожи с экспериментальными неврозами животных. Процессы научения могут модифицировать существующую симптоматику, однако ни одно из этих открытий не доказывает прямо того, что за психические расстройства в первую очередь отвечает научение. Можно с уверенностью сказать, что необходимыми и достаточными причинами некоторых психических расстройств являются генетические и органические процессы и нельзя исключать их роль в некоторых «функциональных» видах психических заболеваний.

Описания и выводы, полученные в лаборатории, в которой животные подвергаются поведенческому анализу, дают слишком слабую гарантию того, что на их основе можно адекватно описать поведение человека во всем его многообразии. Животная модель «невротического» поведения основывается прежде всего на защитном обусловливании и понятии условного страха. Совершенно не акцентируется значение затянувшегося периода зависимости *и* созревания в детстве и то, что это может способствовать отрицательному влиянию различных ощущений на развитие личности и поведение во взрослой жизни. Маловероятно, чтобы язык, процессы логического мышления и воображение не играли важную роль в научении и поведении человека. Шахтер (1964) показал влияние когнитивных факторов на способность данной личности распознавать эмоциональные состояния. В зависимости от того, какие факторы преобладают в окружении, внутренние реакции (например, тахикардия) могут быть восприняты как радость или злость. Предполагается, что сложная социальная организация человека должна быть переменной, связанной с его поведением, хотя некоторые сторонники теории научения не склонны придавать значения индивидуальным различиям.

По мере накопления опыта клинического использования поведенческой терапии ее представители начали осознавать ограничения своей первой теоретической модели. Психическое расстройство может заявить о себе в рамках любых физических и психических проявлений человеческой жизни, Поэтому важно учитывать все достижения экспериментальной психологии, в том числе и те, которые относятся к когнитивной деятельности, восприятию и мотивации, наравне со знаниями о научении. Было бы неразумно отказываться от знаний, накопленных в близких областях: нейрофизиологии, биохимии и фармакологии. Ни одно из критических замечаний о поведенческой терапии не должно приводить к отказу от нее. Разумеется, она требует модификации, но многое говорит в пользу того, что целесообразно исходить из простой модели и проверять ее пригодность по отношению к тем явлениям, которые на первый взгляд кажутся более сложными. Поведенческая терапия уже стала стимулом плодотворных исследований и свежей оценки существующих методов лечения.

Легче приписать научению появление четко выраженных симптомов, например отдельных фобий, чем воспользоваться

его принципами для объяснения сложных неврозов и нарушений личности. Однако из этого не следует, как думают некоторые авторы (например, РЬЬ, 1964), что оно не вмешивается в патогенез. Первичное обусловливание, генерализация, направляющие реакции и реакции избегания могут быть аналогами или элементами механизмов, которые отвечают за «вытеснение», «скрытые конфликты» и нарушения в межличностных отношениях, встречающихся при многих невротических расстройствах Можно перебросить лингвистический мостик между различными гипотетическими переменными теории научения и теории психоанализа, как это сделали Доллард и Миллер. Это побудило некоторых психоаналитиков заявить, что сторонники поведенческой терапии вновь открывают «укоренившиеся психодинамические принципы». В некотором смысле это правда, и в этом нет ничего неожиданного. Обе теории используются для объяснения одних и тех же клинических феноменов; обе учитывают существование предрасположенности организма и факт развития психических симптомов и стараются соотнести их со взаимодействием больного с окружением. Как уже говорилось, главные различия состоят в том, что в поведенческой концепции эдипов комплекс не считается универсальным психическим конфликтом, который всегда является причиной серьезного конфликта у взрослого. Сторонники поведенческой терапии не согласны с тем, что детский опыт детерминирует вид невроза у взрослого, в то время как в психоаналитической теории утверждается, что только актуальные (травматические) неврозы у взрослого не зависят от детских переживаний.

Обе теории различает также расстановка приоритетов. Бихевиорист склонен искать связь актуальных симптомов со стимулами окружения, которым они могут подчиняться. Поведенческий подход позволяет быстрее обнаружить определенный стресс, вызывающий приобретенную реакцию, которая рассматривается как симптом. Однако довольно часто отслеживание развития симптомов порождает столько же сомнений, сколько объяснений. Этиология психических расстройств необычайно сложна, а доступные знания ограниченны. Приведенные данные позволяют считать доказанным тот факт, что введение принципов научения в психиатрию позволило сделать еще один шаг на пути к пониманию развития и течения поведенческих нарушений.

Глава 4. ГЛАВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ В ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

Поскольку в поведенческой терапии психические расстройства считаются выученными схемами поведения, принципы научения могут быть необходимыми подсказками при лечении. В процессе отучения от неадаптивных реакций и научения правильных терапевт пытается непосредственно модифицировать симптомы. До сих пор не удается четко классифицировать различные терапевтические методы. Частично это вызвано путаницей в терминологии.

Один и тот же метод лечения может именоваться в соответствии либо с теоретическими принципами, либо с используемыми методами. В данной главе описываются некоторые главные методы лечения в поведенческой терапии. Принятая классификация описывает сложные процессы, лежащие в ее основе.

Обусловливание противоположных реакций

Методы лечения, относящиеся к этой группе, должны создать приемлемые и адаптивные реакции на стимулы, которые ранее вызывали симптомы заболевания. Эти методы основываются на принципе переобусловливания *(counter-conditioning),* согласно которому формирование и подкрепление новой реакции, противоположной существующей, приводит к исчезновению последней. Методы, основанные на переобусловливании, широко использовались при лечении невротических расстройств.

Непосредственное переучивание в реальной жизненной ситуации

Исследования Мери Джонс (1924a, b), направленные на лечение детей, страдающих фобиями, показали ценность непосредственного «отучения» страха и открыли путь для развития более совершенных методов лечения симптомов, вызванных страхом. Этот метод иллюстрирует лечение Петра, который боялся кроликов. Петру дали пищу, и экспериментатор принес в комнату кролика в клетке, но поставил ее на таком расстоянии, что Петр не прекратил есть. Клетку передвигали все ближе и наконец выпустили из нее кролика, прежде чем Петр закончил есть. Реакция, вызванная страхом, была замещена приемом пищи в присутствии кролика. Вначале позитивные эмоциональные реакции могут быть вызваны только тогда, когда предмет, вызывающий страх, находится на некотором расстоянии, но постепенно в результате генерализации стимула даже близкое присутствие кролика не привело к прекращению еды.

Принцип формирования противоположной страху реакции при помощи постепенного изменения интенсивности или границ стимула, вызывающего страх, использовался при лечении иррациональных страхов у детей (Jersild and Holmes, 1953) и фобий у взрослых пациентов (Meyer, 1987; Meyer and Gelder, 1963; Marks and Gelder, 1965; Gelder and Marks, 1966). Этот метод, называемый также постепенным привыканием, основывается на постепенном увеличении воздействия ситуации или позиции, вызывающей страх. Часто далее не нужны специальные усилия, чтобы вызвать специфическую противоположную страху реакцию. Считается, что присутствие терапевта достаточно для возникновения чувства безопасности у пациента. Пациентам с симптомами агорафобии рекомендуется ходить на все более длительные прогулки, сначала вместе с терапевтом, а потом самостоятельно. Лиц, страдающих клаустрофобией, закрывают во все меньших комнатах. В случае пациента с фобией котов использовалась следующая иерархия стимулов: материалы с фактурой от очень непохожей до очень похожей на шерсть кота, игрушечный кот, рисунки котов, наконец, живой кот, которого пациент взял к себе домой на воспитание (Freeman and Kedrick, 1960). Предполагалось, что лишенная страха реакция на молодого кота будет подкреплена и генерализирована на других котов, как молодых, так и взрослых.

Перед началом лечения с помощью этого метода с пациентом проводится подробное интервью, чтобы определить все вызывающие страх стимулы и распределить их в зависимости от интенсивности. Затем вместе с пациентом составляется иерархия стимулов в соответствии с силой страха, вызываемого каждым из предметов.

Систематическая десенсибилизация в воображении

Вольпе (1958) разработал различные методы лечения, основанные на принципе, гласящем, что если антагонистическая по отношению к страху реакция может быть сформирована во время действия стимулов, вызывающих страх (причем наступает полное или частичное подавление реакции страха), то связь между этими стимулами и реакциями страха будет ослаблена. Техника лечения включает «переобусловливание» реакций, не соответствующих страху. Чтобы мотивировать этот принцип, Вольпе ввел более общее понятие: «взаимное торможение» — термин, впервые использованный Шеррингтоном при описании реакций спинного мозга. Вольпе расширил его на высшие нейрофизиологические процессы, то есть ситуации, в которых появление некой реакции, возможно, вызывает ослабление одновременной реакции. Он предполагал, что если после противоположной реакции понижается побуждение, то предыдущая реакция должна подвергнуться условному торможению.

Вольпе описал ряд противоположных реакций по отношению к страху и разработал несколько техник, связанных с принципом взаимного торможения. Из многочисленных поведенческих реакций, считающихся противоположными страху, в терапии чаще всего используется мускульная реакция. Она является основой «систематической десенсибилизации» симптомов, связанных со страхом. Ее преимущество по сравнению с переучиванием заключается в возможности использования в любом врачебном кабинете без необходимости поиска и создания иерархии стимулов, вызывающих страх у пациента.

Приведем лишь краткое описание этого метода, поскольку подробные описания уже публиковались (Wolpe, 1961; Wolpe and Lazarus, 1966). Воспользуемся примером пациентов с изолированной фобией пауков. У пациентов берется подробное интервью, при этом обращается особое внимание на стимулы, вызывающие фобию, и на силу реакции, которую они вызыва-

ют. Соответствующими стимулами этой фобии могут быть: цвет, движения и расстояние. Итак, чем паук больше, чем он чернее, подвижнее и чем ближе находится, тем сильнее вызванное им беспокойство. Эта информация позволяет создать иерархию признаков от вызывающих минимальное беспокойство, как, например, маленький, светлый, неподвижный паук на расстоянии пяти метров от пациента, до комплекса, вызывающего самый интенсивный страх, например большой, черный, подвижный паук, касающийся лица. Все подобные признаки выписаны на отдельные листочки, которые пациент сам упорядочивает. Эту иерархию можно составить за одну — три сессии.

Во время предварительных сессий проводится тренинг мышечного расслабления, обычно по сокращенной методике Джекобсона (1938), заключающейся в напряжении и расслаблении отдельных групп мышц и выполнении упражнений на распознавание ощущений, связанных с состояниями напряжения и расслабления мышц. Обычно пациента просят заниматься релаксацией дома между сеансами. Существуют различия в методах, вызывающих релаксацию. Некоторые используют гипнотическое внушение (Wolpe, 1958; Stafford and Clark, 1963) или разновидность аутогенной тренировки (Schultz and Luthe, 1959). Гипноз в этом случае не имеет особых преимуществ перед другими методами, и от него можно отказаться, когда речь идет о пациентах, которые с трудом ему поддаются или отказываются от него.

Когда нужный уровень релаксации достигнут, начинается десенсибилизация. Пациента просят расслабиться и подать знак при появлении страха, поднимая вверх указательный палец. Затем его просят вообразить какую-нибудь нейтральную сцену, не вызывающую страха, а затем одну или две ситуации из составленной ранее иерархии. Во время первой сессии десенсибилизации необходимо определить, насколько быстро и красочно пациент может представить себе ситуацию и как он чувствует себя в этот момент. В последующих сеансах используется тот же метод. Обычно сеанс начинается с наиболее сильного стимула, не вызвавшего страха во время предыдущего сеанса. Если реакция страха не возникает, используются следующие стимулы, и вся процедура повторяется до тех пор, пока самый сильный представленный стимул уже не будет вызывать страха.

Лазарус (1964) обратил внимание на «основные факторы процедуры» и разработал логический и последовательный по-

рядок действий для процесса десенсибилизации. Основное значение имеет поддержание состояния глубокого расслабления во время сеансов, чтобы сам процесс десенсибилизации не вызывал страха. Если пациент сообщает о появлении страха или сам терапевт замечает проявление любого беспокойства в поведении во время представления первого пункта иерархии, то пациента просят прерваться и снова полностью расслабиться. Иногда пациента просят представить себе какую-нибудь сцену, которая вызывает спокойствие. Затем его просят вернуться к первому пункту иерархии. Если снова возникает страх, пациент снова возвращается к глубокой релаксации, к серии позиций присоединяется позиция слабая, не вызывающая таких реакций. Если на одну из позиций повторяется реакция, вызванная страхом, необходимо вернуться к позиции, при которой страх не возникает. Если какой-то новый пункт иерархии постоянно вызывает страх, необходимо ввести в нее дополнительные этапы, чтобы процесс десенсибилизации проходил более равномерно. Ни одна сессия не должна заканчиваться реакцией, вызванной страхом, поскольку последняя воображаемая сцена каждой серии запоминается лучшего всего и на устранение этого страха потребовалось бы много времени. Именно по этой причине в конце сеанса рекомендуется представлять себе слабый раздражитель.

В начальной фазе десенсибилизации время воображения каждой ситуации продолжается несколько секунд. Затем этот период увеличивается приблизительно до 15 секунд без ощущения страха. Разумеется, время может меняться в зависимости от того, как долго пациент создает в своем воображении достаточно живую сцену. Ее продолжительность в значительной степени зависит также от вида данной сцены. Вспышку света можно представить себе достаточно быстро, но сцена прогулки длиной в полкилометра требует нескольких минут. Если не появился страх, то интервал между очередными представлениями ситуации обычно продолжается несколько секунд, в противном случае он увеличивается для глубокого расслабления. Нет жестких правил относительно количества пунктов в иерархии в сеансе или продолжительности действия стимула. Это определяется наличием времени и выносливостью пациента. Первые сеансы обычно продолжаются от 20 до 30 минут, два сеанса по три раза в неделю. Вольпе (1961) считает, что независимо от того, сконцентрированы ли сеансы во вре-

мени или разделены длительными перерывами, почти всегда существует зависимость между степенью десенсибилизации и уменьшением страха в ответ на реальные стимулы, с которыми пациент сталкивается в жизни. Однако другие исследования свидетельствуют о том, что сеансы, проходившие через некоторые промежутки времени, могут быть более эффективными (Ramsay, 1966).

Ситуации иерархии, вызывающие особенно сильное беспокойство, следует исключить из терапии, поскольку в большинстве случаев в них содержится нечто, вызывающее страх пациента. В таких случаях необходимо разработать вторую иерархию ситуаций, связанных больше чем с одним предметом страха. Во время каждого сеанса обычно представляется несколько ситуаций из каждой группы.

Десенсибилизация в воображении обычно проводилась как индивидуальная терапия. Позже Лазарус (1961b, 1968d) описал групповую терапию пациентов при помощи этого метода. Пациентам с одинаковой фобией (например, клаустрофобией) была представлена одна и та же иерархия для десенсибилизации. Пациентам с различными фобиями во время групповой терапии вручались на листочках ситуации из их собственной иерархии. Пауль и Шеннон (1966), а также Кондас (1967а) использовали групповую десенсибилизацию для лиц с фобией публичных выступлений и экзаменов.

Миглер и Вольпе (1967) ввели понятие автоматической десенсибилизации, используемой для лечения пациентов с фобией публичных выступлений. Инструкции на тему расслабления и десенсибилизации были записаны на магнитофон самим пациентом. Пациент забирал магнитофон домой и сам проводил сеансы десенсибилизации. Вольпе сообщает, что Ланг лечил многих от фобии змей с помощью магнитофона.

Обычно десенсибилизация проводилась исключительно в воображении, иногда ее связывали с постепенным переучиванием *in vivo* или десенсибилизацией в состоянии расслабления (Marks and Gelder, 1965; Meyer and Grisp, 1966).

Некоторые терапевты использовали фармакологические средства или вместо оригинального метода Джекобсона, или как вспомогательный фактор. Вольпе предлагал использовать мепробамат и хлоропромазин, а также фосфат кодеина. Рахман (1957) применял в лечении долантин и скополамин. Лазарус (1959) использовал для лечения детей амитал (амилобар-

битуровая кислота) и фенилгликодал *(ultran).* Фридман (1966a) использовал быстродействующие барбитураты — натриевую соль метоксиэтана в субнаркотических дозах. Плюсы последнего метода заключаются в быстродействии, отсутствии сонливости после сеанса, возможности контролировать степень расслабления и вводить в случае необходимости дополнительные дозы, благодаря оставленной в вене игле.

Расслабление мышц с помощью лекарств или без них является наиболее часто используемой противоположной реакцией. Более редкие техники заключаются в демонстрировании картинок, вызывающих требуемые чувства. Используются пищеварительные, сексуальные, поддерживающие и уменьшающие страх реакции. Лазарус (1959) использовал при лечении детских фобий пищеварительные реакции. Лазарус и Абрамовиц (1962) сообщали о возможности использования рисунков, вызывающих положительные чувства.

Два других вида реакций, противоположные страху, также применялись в терапевтических целях. Сексуальные реакции использовались как антагонистические по отношению к страху, считавшемуся причиной сексуальных расстройств, таких, как частичная импотенция. Пациенту советуют воздерживаться от половых актов за исключением тех случаев, когда он чувствует сильное возбуждение, которому сопутствует эрекция. Если пациент сможет выполнять эти рекомендации, то страх, испытываемый в «сексуальных ситуациях», не должен больше появляться, поскольку сильное сексуальное возбуждение приводит к торможению страха. В случаях полной импотенции и сильного страха, препятствующего появлению сексуального возбуждения в реальной ситуации, описанные выше действия можно предварить систематической десенсибилизацией в воображении.

Вольпе считает, что ассертивные реакции также противоположны страху. Когда во время межличностных контактов пациент ощущает страх, например в случае несправедливой критики, его учат отвечать ассертивной реакцией, причем постепенно во все более трудных или стрессовых ситуациях. Тренинг ассертивности может быть соединен с систематической десенсибилизацией. Если пациент не в состоянии демонстрировать ассертивную реакцию в реальных ситуациях, он может потренироваться с терапевтом, играющим роль человека, обычно вызывающего страх. После этой «психодрамы», когда па-

циент уже не ощущает страха, следует ожидать генерализации реакции на реальные ситуации. Если страх ощущается даже во время психолрамы, можно использовать в этой технике расслабление. Лазарус (1966a) применял технику разыгрывания роли, которую он называл «поведенческими пробами» *(«behavioral rehearsal»).*

Смягчение страха

Занимаясь поисками реакций, которые могли быть противоположными по отношению к страху, Вольпе использовал реакции экспериментального смягчения страха. Вот принцип этого метода: «Если действия вредного раздражителя прекращается после другого стимула, то появление только этого второго стимула приводят к смягчению страха». В своем оригинальном методе Вольпе использовал удар током в область предплечья пациента. Пациент мог прекратить действие тока, когда оно становилось слишком болезненным, произнеся слово «спокойствие». После нескольких таких опытов пациент обнаруживал, что произнесение этого слова приносит расслабление и в других ситуациях. Тогда он получал инструкцию использовать слово «спокойствие» в тех жизненных ситуациях, когда нервничал.

До недавнего времени этот метод использовался только в отдельных редких случаях (Meyer, 1957; Lazarus, 1959, 1963). В 1967 г. Соломон и Миллер опубликовали результаты применения этого слегка измененного метода в небольшой группе пациентов, страдающих фобией. Стимулы, вызывающие фобию, предлагались пациенту одновременно с реакцией смягчения страха в результате нажатия на кнопку, разрывающую электрическую цепь. Каждый пациент описывал ситуации, вызывающие фобию. Эти ситуации записывались на магнитофон и воспроизводились во время терапевтических сеансов. Через каждые 30 секунд паузы следовал удар током. Когда пациент прекращал его действие, нажимая на кнопку, воспроизводились записанные на пленку стимулы, вызывающие фобию.

В случае пациента, боящегося котов, это могло происходить следующим образом: «Когда я шел по улице...», тридцатисекундная пауза, удар током... нажатие кнопки, «я увидел кота» ... 30 секунд паузы, удар током... нажатие кнопки, «и почувствовал, как мое сердце сильно забилось.,.» Во время сеансов терапии использовалось много пленок с различными

ситуациями, вызывающими фобии. Вначале после каждой паузы следовал удар током, но позже использовалось частичное подкрепление в 70 — 80 %. При таком раскладе уже сама пауза вызывала расслабление. В этой методике кроме слуховых стимулов можно использовать и визуальные, ее также можно объединять с практическим переучиванием в реальных ситуациях. В предварительном отчете Кушнер (1967) описал автоматический метод смягчения страха. Удар током был запрограммирован через меняющиеся промежутки времени. Пациент ощущал его кончиками пальцев. Его можно было прервать, произнеся в микрофон слово «спокойствие». Специальный анализатор речи размыкал цепь. Этот метод позволял проводить лечение без участия терапевта. Он использовался как альтернатива для пациентов с состояниями страха, которые не реагировали на метод систематической десенсибилизации.

Подражание

Автономные и инструментальные реакции можно вызвать с помощью социального подражания. Однако до недавнего времени при лечении пациентов было очень мало попыток систематического научения подражания. Некоторые данные свидетельствуют о том, что обусловленные эмоциональные реакции можно погасить, когда пациент наблюдает за непосредственно ведущей себя «моделью» в присутствии объекта, вызывающего фобию. Первые опыты заместительного (викарного) погашения фобии дали сомнительные результаты (Bandura, 1965b). Бандура доказывает, что это могло произойти из-за возбуждения очень сильного страха у наблюдателя, видящего «модель» в наиболее страхогенных ситуациях в начале лечения. Высокая степень страха могла препятствовать заместительному торможению.

В дальнейших исследованиях Бандура и его сотрудники (Bandura et al., 1967; Bandura and Menlove, 1968; Bandura, 1968) проверили пригодность в терапии заместительного торможения реакции избегания у детей и взрослых, боявшихся собак и змей. В серии экспериментов они усовершенствовали метод таким образом, что пациенты наблюдали за «моделью» в сериях постепенно менявшихся ситуаций, вызывающих страх, в которых «модель» постепенно играла все дольше, ближе и активней с собакой. Во время сеансов можно дополнительно использовать метод расслабления мышц, а темп разыгрывае-

мых сцен может регулировать сам пациент. Наблюдение в естественных условиях эффективнее, чем фильмы. Если пациент не может справиться со страхом перед самим наблюдением, его поощряют постепенно принимать все более активное участие в поведении «модели», лишенном страха.

Позитивное обусловливание

Энурез. Методы переобусловливания, описанные выше, можно использовать при работе с пациентами, симптомы которых, согласно принятому принципу, были вызваны страхом. Однако методы переобусловливания могут использоваться также для выработки инструментальных реакций. Наиболее известный пример — лечение энуреза, в результате которого удалось затормозить выделение мочи во сне. Один из распространенных методов — использование звонка и подстилки (Mowrer and Mowrer, 1939). Подстилку кладут под простыню, на которой лежит пациент. Когда пациент мочится, его будит звонок, и выделение мочи прекращается до посещения уборной. Согласно терминологии классического обусловливания, звонок является безусловным стимулом, расширение мочевого пузыря — условным раздражителем, а пробуждение и сжатие сфинктера — реакцией. После для сжатия сфинктера достаточно нескольких сеансов самого раздражителя, то есть расширения мочевого пузыря.

Кросби (1950) использовал устройство, которое ударяло током в области бедра в тот момент, когда постель становилась мокрой. Он считал, что мокрая постель — телесный дискомфорт — действует как стимул, тормозящий выделение мочи, а лечение с помощью обусловливания заключается в повышении этого дискомфорта в момент мочеиспускания. Джонс (1960) провел тщательный анализ лечения, которое, по его мнению, сводится к образованию в коре «сторожевых пунктов» *(sentinel points).* Он считает, что принципиальных различий между техникой Моурера и Кросби нет. Недостаток метода Кросби состоит в том, что он является потенциально травмирующим для ребенка.

Ловибонд (1964) проанализировал методы и установки обусловливания, используемые при лечении энуреза. Он критикует классическую модель обусловливания при лечении этого заболевания на том основании, что условный раздражитель (расширение мочевого пузыря) не является индифферентным по отношению к реакции сжатия сфинктера. Кроме того, ре-

акции, обусловленные классическим методом, быстро угасают, в то время как метод звонка и подстилки может надолго избавить от энуреза. Ловибонд утверждает, что лечение иллюстрирует научение избегания травмы, при котором шум или удар током являются психотравмирующими безусловными стимулами, вызывающими реакцию избегания в виде сжатия сфинктера, и что именно расслабление сфинктера, а не расширение мочевого пузыря, является условным стимулом. Во время лечения после расслабления сфинктера появляется вредный раздражитель в виде шума или удара током; таким образом, расслабление сфинктера становится условным стимулом, вызывающим реакцию избегания. Чтобы облегчить такое обусловливание, реакция сжатия сфинктера должна прерывать вредные раздражители, а также условный стимул. Ловибонд сконструировал «двойной прибор»: устройство, которое начинало издавать громкий звук в тот момент, когда начиналось выделение мочи. Сигнал длится меньше 1 секунды, то есть немного дольше, чем отсутствие реакции сжатия сфинктера. Итак, реакция приводит к избеганию как вредного, так и условного раздражителя. После этого сигнала в течение приблизительно 1 минуты стоит тишина, а затем начинает звенеть зуммер до тех пор, пока его не выключат. (Зуммер необходим для того, чтобы медсестра высушила подстилку и заменила простыню.)

Ловибонд проводил эксперименты с различными параметрами прерываемого подкрепления, чтобы предотвратить угасание способности контролировать мочевой пузырь. Янг и Тернер (1965) сообщали об использовании мефедрина, который ускоряет обусловливание у некоторых пациентов, но может также приводить к быстрому угасанию (см. главу 5).

Заикание. Методы позитивного обусловливания использовались при попытках научить заикающихся правильному произношению. Этиология этого расстройства остается неясной, но, по всей вероятности, на его появление влияют как конституциональные, так и психологические факторы. Страх, обусловленный актом речи, может являться причинным фактором. Заики, у которых заикание усиливается или появляется только в социальных стрессовых ситуациях, отчасти подтверждают эту гипотезу, однако, хотя страх может быть причиной как постоянного нарушения речи, так и колебаний и повторений, это не объясняет до конца данное явление (Yates, 1963). Применение бихевиоральной терапии для лечения заикания с

помощью ослабления страха методом десенсибилизации и другими методами, не было успешным.

Было отмечено, что манипуляция восприятием собственной речи индивида может как вызывать, так и уменьшать заикание. Запаздывающая обратная слуховая связь, при которой слова пациента доходят до него через наушники с опозданием на 0,18 секунды, препятствует нормальной речи. Иногда удавалось устранить заикание с помощью метода, позволяющего изменить слуховую обратную связь. Шерри и Сайерс (1956) ввели в практику метод «тени», который заключается в следующем: пациент громко повторяет слова экспериментатора (произносимые вслух или записанные на магнитофоне) с опозданием на одно или два слова. Уменьшение заикания можно также наблюдать во время совместного громкого чтения или в тех случаях, когда слуховая обратная связь прерывается громким маскирующим звуком. О клиническом использовании метода «тени» сообщали Мэрланд (1956) и Кондас (1957), но этот метод редко использовался в качестве единственного и основного.

Другие методы основаны на экспериментально подтвержденной легкости повторения заиками ритмической или разложенной на слоги речи. Эндрюс и соавт. (1964) учили заикающихся детей говорить по слогам и рекомендовал им использовать такую речь в любой ситуации. Мейер (1963) применил метод, основанный на оригинальном наблюдении. При прослушивании внешнего ритма (обычно использовался метроном) у большинства пациентов исчезало заикание, если они старались говорить в соответствии с этим ритмом. Однако этот метод давал только временное улучшение во время сеанса. За пределами кабинета, в условиях сильного стресса, при ослабленном контроле большинство пациентов не могли говорить ритмично. Чтобы преодолеть эти трудности, использовался миниатюрный электронный аппарат, который был помещен за ухом и издавал звуки, слышимые пациентом. Их частоту и громкость можно было регулировать. Тренинг с использованием этого аппарата состоял из четырех фаз. Первая фаза заключалась в упражнениях с метрономом и определении оптимальной для пациента частоты. Во второй фазе пациент уже носил аппарат и, согласно инструкции, старался говорить в такт ритма в постепенно все более стрессовых ситуациях. В третьей фазе, когда уже был достигнут определенный уровень уверенной речи, аппарат выключали и рекомендовали пациенту говорить так,

как будто он был еще включен. Пациент мог постепенно возвращаться к обычному темпу и способу речи. В случае появления беспокойства или каких-либо трудностей аппарат следовало включить снова. В последней фазе, когда уже наблюдались периоды плавной речи с выключенным аппаратом, его отключали. Если в это время вновь появляются какие-то трудности, речь снова следует замедлить. Если этого недостаточно, необходимо снова прикрепить аппарат и включать его по мере необходимости. Разумеется, эффективность программы, заключающейся в систематическом тренинге, может быть вызвана явлением «взаимного угасания», но механизм, позволяющий победить заикание с помощью ритма, остается неизвестным. Конечно, дело не в отвлечении внимания, поскольку неритмические звуки не приводят к уменьшению заикания (Fransella and Beech, 1965; Fransella, 1967). Влияние метронома также нельзя объяснить только снижением ритма речи.

Частое мочеиспускание. Другой пример позитивного обусловливания, реализованного с помощью изменения обратной связи восприятия, — оригинальный метод Джонса (1956), использованный при лечении больного, страдающего частым мочеиспусканием, вызванным страхом. Позыв к мочеиспусканию обычно ощущается при определенным для каждого давлении в мочевом пузыре. Если установить манометр так, чтобы пациент видел его шкалу, может возникнуть условный рефлекс, при котором этот позыв будет ощущаться только в случае превышения определенного значения на этой шкале. Джонс использовал для своего пациента манометр с фальшивой шкалой, в результате чего пациент видел одно и то же давление, хотя количество мочи в пузыре увеличивалось.

Непроизвольные движения. Теоретическая база лечения различных непроизвольных движений, таких, как тики, судороги, движения шеей, напоминает уже описанную выше в других методах позитивного обусловливания. Расслабляющие упражнения, направленные на «парализацию» мышц, вызывающих непроизвольные движения, соединяются с тренингом в области активных мышечных реакций, противоположных по отношению к неправильным рефлексам.

Аверсивное лечение

Аверсивное лечение является, по-видимому, наиболее известной и наиболее противоречивой формой поведенческой те-

рапии. Чаще всего она используется для лечения аутодеструктивного поведения, не приемлемого обществом. Алкоголизм, пристрастие к лекарствам, гомосексуализм, трансвестизм, фетишизм — вот состояния, которые наиболее часто лечатся с помощью методов аверсивной терапии. Они основаны на формировании обусловленного отвращения к поведению, от которого пациент хочет избавиться. Лечение заключается в использовании вредных раздражителей во время выполнения действия, являющегося причиной нежелательного поведения, или соединения вредных раздражителей с такими, которые обычно его вызывают. Теоретическая основа аверсивных методов заключается в обусловливании реакций страха на нежелательное поведение и стимулы, вызывающие такое поведение, в результате чего возникает противоположная реакция. Итак, можно вполне обоснованно считать аверсивное лечение еще одним примером обусловливания противоположной реакции.

Существует множество аверсивных методов, но мы представим только некоторые из них. Подробные описания лечения алкоголизма и сексуальных расстройств опубликовали Франкс (1956) и Фельдман (1966). До недавнего времени наиболее часто использовались аверсивные раздражители, вызывающие рвоту, эметин и апоморфин. При использовании одного из методов лечения алкоголизма пациента вводят в комнату, в которой находится бар с различными напитками. Пациенту вводят хлоргидрид эметина (противорвотное средство), пилокарпин (с целью выделения пота и слюны) и эфедрин (чтобы предотвратить опасное падение давления) и дают выпить эметин в растворе, чтобы увеличить количество рвоты. Когда пациенту становится плохо, ему предлагают понюхать и попробовать его любимые напитки, особенно в тот момент, когда тошнота достигает максимума. Разумеется, подготовлен большой сосуд для содержимого желудка. Сеансы аверсивного лечения проходят сначала ежедневно, а затем — через нерегулярные промежутки времени как поддерживающее лечение. Между сеансами пациенту предлагают попробовать различные безалкогольные напитки, чтобы возникло четкое разграничение между алкогольными и безалкогольными напитками. Некоторые терапевты использовали описанную выше технику для группового лечения алкоголиков.

Подобные методы использовались и для лечения сексуальных отклонений. В момент вызванной с помощью аверсивных

раздражителей тошноты гомосексуалистам можно показывать фотографии обнаженных мужчин, которых они ранее оценили как привлекательных. Трансвеститы и фетишисты рассматривают фотографии своих излюбленных объектов или получают в руки свой фетиш. Иногда используются дополнительные вспомогательные средства. Как во время сеансов, так и между ними можно демонстрировать запись патологического поведения пациента и его негативных последствий.

Аверсивное лечение сексуальных отклонений может быть соединено с попыткой пробудить гетеросексуальную заинтересованность показыванием фотографий или фильмов с привлекательными женщинами. Разумеется, аверсивные методы приводят к угасанию реакций определенного типа, но их замещение более адаптивными не всегда происходит автоматически. Для их приобретения могут потребоваться другие методы лечения.

Многие терапевты после аверсивного лечения алкоголиков используют поддерживающую терапию с помощью десульфирама *(antabus, anticol)* — лекарства, препятствующего нормальному метаболизму алкоголя. Пациент, который пьет алкогольный напиток во время приема антиколя, испытывает весьма неприятные симптомы: чувство жжения, головные боли, тошноту, рвоту. Это непосредственная физиологическая реакция, вызванная влиянием антиколя на метаболизм алкоголя. Однако пациент, который утром принял таблетку, знает, какой будет реакция на алкоголь. Таким образом, возникает новая ассоциация между алкоголем и неприятными ощущениями, которая может помочь от него воздерживаться.

Существует ряд противопоказаний к использованию рвотных препаратов при аверсивном лечении, поэтому в настоящее время они используются все реже. Эметин и апоморфин имеют токсические побочные эффекты, отмечались даже смертельные случаи, поэтому их нельзя давать пациентам, находящимся в плохом физическом состоянии. Апоморфин имеет снотворное действие, которое может отрицательно повлиять на процесс обусловливания, но более важным фактором, нарушающим ход приобретения рефлексов, является невозможность точно определить момент, в который пациент начинает чувствовать тошноту, а также момент когда она достигает максимума. В классическом обусловливании интервал между стимулами должен быть четко определен, а это невозможно при

использовании эметина и апоморфина. В описанных выше методах условный стимул следовал за безусловным, а регрессивное обусловливание было менее эффективным, Айзенк (1968а) предположил, что при защитном обусловливании особое значение имеет связь между условным стимулом и безусловной реакцией, а не между условным и безусловным стимулами. В качестве примера он приводит лечение алкоголизма с помощью рвотных препаратов, при котором инъекция делается перед условным стимулом (алкоголь). По мнению Айзенка, это является примером регрессивного обусловливания, при котором безусловный стимул предшествует условному. Однако спорно, можно ли считать инъекцию безусловным стимулом для тошноты. По-видимому, правильнее считать афферентное возбуждение рвотного центра условным стимулом, и в этом случае безусловный стимул и безусловная реакция ощущаются почти одновременно. Но чтобы обусловливание прошло эффективно, необходимо знать момент, в который начинаются безусловный стимул и реакция.

Некоторыми исследователями предпринимались попытки преодолеть трудности, связанные с этими методами. Реймонд (1964), используя для лечения алкоголиков апоморфин, посвящал несколько первых сеансов определению минимальной дозы, вызывающей тошноту, а также старался точно определить, через какое время после укола она начинает действовать. Пациент получает небольшую дозу алкоголя перед ожидаемым началом тошноты и прерывает питье, как только ее интенсивность уменьшается.

Сендерсон и соавт. (1963, 1964) проводили эксперименты с целью определить эффективность вызванного фармакологическими средствами паралича мускулов и дыхательного центра в качестве защитных стимулов при лечении алкоголиков. Он использовал для этого сукцинилохолин (сколии), которое после инъекции в вену вызывает полный паралич мускулов без нарушения сознания на 60 - 90 секунд. Пациент четко осознает, что происходит вокруг него, но не может дышать, говорить или двигаться. Сколии вводился в вену в растворе физиологической соли сразу после того, как пациент посмотрел на свой напиток и понюхал его. За секунды до ожидаемого паралича он выпивал маленький глоток алкоголя. Недавно были опубликованы результаты последних экспериментов, связанных с этим методом, которые будут рассмотрены в следующих двух главах.

Традиционные модификации фармакологического аверсивного метола являются шагом вперед, но у них много минусов. По этой причине многие исследователи предлагали использовать в качестве защитного стимула электроток (например, Baker, 1965; Rachman, 1965a). К достоинствам этого метода относятся: более точный контроль времени воздействия стимула, его интенсивности, продолжительности, а также возможность использования частичного подкрепления.

Кроме того, намного уменьшается риск опасных побочных симптомов, меньшее количество пациентов необходимо отстранять от лечения из-за их соматических болезней, а само лечение менее неприятно для пациента, доктора и медицинского персонала. Уилсон и Дэвидсон (1969) опубликовали свои рекомендация по использованию различных защитных стимулов. Они приводят результаты экспериментальных и клинических исследований, указывающие на то, что вкусовые стимулы легче обусловить по отношению к тошноте как безусловному стимулу, чем к электрошоку, а зрительные, слуховые и осязательные стимулы легче поддаются обусловливанию по отношению к электрошоку. Если их выводы подтвердятся, то нужно будет обратить внимание на выбор подходящего защитного стимула. Если необходимо вызвать отвращение к запаху и вкусу алкоголя, то безусловный стимул в виде тошноты, а также вкусовой и обонятельный стимулы могут быть более подходящими, чем удар током.

Опубликованы описания различных методов использования электрошока в классическом обусловливании. Рекомендуется использовать достаточно высокое напряжение (85 - 150 В) и очень маленькую силу тока (0, 005 А или еще меньше - Fried, 1967). Обычно перед каждым терапевтическим сеансом определяется порог чувствительности неприятного раздражителя и порог боли при стимуляции током. В качестве стимула используется средняя сила тока этих порогов. При лечении гомосексуализма электрошок ассоциируется с фотографиями обнаженных мужчин (см. Thorpe et al., 1964a) и сексуально возбуждающими словами, демонстрируемыми с помощью тахистоскопа (Thorpe et al., 1964b). При лечении других сексуальных отклонений использовались похожие методы. При лечении алкоголизма электрошок ассоциируется с видом, запахом и вкусом алкоголя, а также со словами и фразами, обычно сопутствующими выпивке. Согласно другой процедуре, паци-

ента просят как можно ярче вообразить свое поведение или фантазии, сопутствующие этому поведению. В тот момент, когда воображенная сцена становится наиболее яркой, пациент сообщает об этом терапевту и может получить удар током (например, Max, 1935; McGuire и Valance, 1964). Хотя этот метод часто описывается в рамках метода классического обусловливания, его можно также считать примером инструментального обусловливания, поскольку безусловный стимул зависит от реакции фантазии пациента. Мак-Гуайр и Валланс (1964) сконструировали небольшой переносной электрический аппарат, который пациент мог забрать домой. Когда он чувствовал искушение предаться патологическим сексуальным фантазиям, то делал сам себе удар током. О другом виде аутотерапии сообщает Кушнер в предварительном отчете (1967).

Алкоголики могут получать удар током в копчики пальцев, слушая записанные на магнитофон стимульные слова, связанные с выпивкой.

В попытках ассоциирования страха с патологическим привлекательным стимулом большинство терапевтов использовали модели классического обусловливания, однако нарушения повеления, корректируемые с помощью аверсивного метода, включают непосредственные инструментальные реакции, а также их косвенные компоненты, и эти реакции могут быть использованы для модификации поведения пациента. Действительно, инструментальное обусловливание может быть более подходящим методом лечения, поскольку данные экспериментов свидетельствуют о том, что обусловленное избегание более стойко к угасанию, чем классическое обусловливание. Фельдман (1966), тщательно проанализировав аверсивные методы, рекомендует использовать инструментальное научение реакции бегства или избегания, во время которого избегание аверсивного раздражителя зависит от прекращения доступа ранее привлекательных стимулов.

Применялись различные методы, в которых использовалось явление научения реакции избегания. Блейкмор и соавт. (1963) лечил трансвестиста, требуя от него переодеваться в его любимую женскую одежду и рассматривать себя в зеркале (действие, которое приносило пациенту максимальное удовольствие), стоя на сетке с оголенными электрическими проводами. Иногда во время переодевания применялся удар током или звучал неприятный зуммер до тех пор, пока пациент не разде-

вался полностью. В половине опытов использовался электрошок, в половине — зуммер. Пациент не знал, какой именно сигнал он получит и когда он начнется. В каждом сеансе использовалось 5 повторений (переодеваний) с минутным перерывом между ними, раз в шесть дней. В общей сложности пациент переодевался 400 раз.

Маркс и Гельдер лечили трансвеститов и фетишистов, используя предупреждающий сигнал спустя от 1 до 120 секунд от начала переодевания или получения объекта, являвшегося фетишем. Затем через разные интервалы подавалось от одного до трех ударов током, прекращавшихся в тот момент, когда пациент бросал все предметы. Использовалась схема спорадических подкреплений: в 25 % опытов ударов не поступало. Авторы также ввели воображаемые сцены, во время которых пациента просили сообщить, когда он четко представит себе определенный аспект патологического поведения. Как только пациент давал сигнал он получал один-два удара током, прерывающих его воображение.

Подобные методы тренинга избегания использовались при лечении от ожирения и алкоголизма. Мейер и Крисп (1964) применяли для лечения двух тучных пациентов электрошок. Удары током прекращались, как только пациент отодвигал еду или переставал есть. После сформирования реакции избегания пациента искушали любимыми блюдами через длительные перерывы, все реже используя электрошок. Блейк (1965) лечил алкоголиков, используя удары током с нарастающей интенсивностью от того момента, когда они брали в рот алкоголь, но не успевали его проглотить. Удары током прекращались, если алкоголь выплевывался. Блейк использовал непериодическое 50-процентное подкрепление. Когда опыт не подкреплялся, сигналом для выплевывания алкоголя был зеленый свет. Хсу (1965) использовал комбинацию инструментального и классического обусловливаний. Пациентам приносили на подносе бокалы с пивом, вином, виски, молоком, водой, соком и сообщали, что они могут пить эти напитки в любом порядке. Если пациент выбирал какой-либо алкогольный напиток, следовал удар током. В четвертой сессии пациента просили выпить пять любых напитков из предложенных шести, а в следующей - любые четыре напитка.

В результате внимательного анализа теоретических основ природы и последствий наказания возникали дальнейшие мо-

дификации аверсивных методов. В них учитывались как семантические, так и психофизиологические аспекты наказания. Как уже говорилось в главе 2, Моурер (1950) показал, что эффект наказания зависит от момента его использования. Если наказание использовать перед наградой, то она имеет тенденцию тормозить действие; в том случае, если награда опережает наказание, возникает тенденция подкрепления действия. Значение такой временной последовательности можно продемонстрировать на примере детей и социального наказания (Anonfred and Reber, 1965). Айзенк (1964) считает, что различие между аверсивной терапией и обычного наказания в бытовом смысле этого слова заключается именно в точной временной последовательности, действий. Наказание является сравнительно арбитральным и длительным последствием определенного действия, поэтому следует ожидать, что оно мало влияет на нежелательное поведение. Методы аверсивного лечения разработаны таким образом, чтобы защитный стимул подействовал до любого положительного подкрепления патологического поведения. Разумеется, этого очень трудно достичь, поскольку необходимо действовать с точностью до долей секунды.

Эффекты наказания крайне сложны, часто их невозможно предвидеть. Уже в 1944 г. исследования Эстеса показали, что торможение реакций наказанием может выражаться только в их подавлении, поскольку они могут вновь появиться в ситуации, когда наказание уменьшается или отсутствует. Кроме того, наказание может препятствовать угасанию данного поведения, если тормозит его таким образом, что исключается его появление без ожидаемой награды. Существуют также данные, свидетельствующие о том, что наказание может как ослаблять реакции (Church, 1963; Solomon, 1964), так и усиливать их (Greenwald, 1965). Этот парадоксальный эффект может появиться, если наказываемое поведение одновременно является обусловленной реакцией избегания, мотивированной страхом. Наказание может усиливать страх и таким образом подкреплять реакцию избегания. Айзенк и Рахман полагают, что аверсивное лечение может ухудшать поведение, мотивированное страхом. Пациент, который пьет, чтобы избавиться от страха, может одновременно пить, чтобы избавиться от страха и боли, вызванной наказанием. В соответствии с этой гипотезой Beech (1960) показал, что аверсивная терапия может усили-

вать судороги «писательскую дрожь» и раздражение у пациентов с высоким уровнем страха.

Можно предположить, что характер, интенсивность и время воздействия аверсивного стимула, в сочетании с усилением страха у пациента и его прежним опытом относительно наказаний, являются факторами, определяющими эффективность наказания. Суровое наказание может привести к дезорганизации поведения и *к* неадаптивным реакциям, В результате этих рассуждений больше внимания уделяется развитию новых адаптивных реакций, которые могут заменить неадаптивные. Реймонд (1964) использовал ситуацию выбора при лечении алкоголиков. Без какого-либо предупреждения или объяснения пациент вместо апоморфина, который ему вводили ранее, получает инъекцию физиологического раствора. Когда из предложенных напитков он выбирает безалкогольный (так всегда происходит), терапевт успокаивает его, уверяя, что у него не будет тошноты и рвоты. Инструментальная реакция пациента, выбирающего безалкогольный напиток, награждается раскрепощенной атмосферой и избеганием аверсивного стимула.

Эта же теория лежит в основе метода смягчения отвращения *(«aversion relief»),* описанного Торпом и соавт. (1964b). При лечении гомосексуалистов они использовали словесные стимулы. Пациент должен был громко читать серии слов, появляющихся на экране, и получал удар током, если он этого не делал. Последнее слово было «льготным», например, «гетеросексуальный», после которого не было электрошока. Если пациент отказывался читать слова, то получал удар током большей силы. Этот метод справедливо критикует Фельдман, поскольку пациента наказывают за отказ от чтения ранее привлекательных для него слов, вследствие чего можно ожидать усиления патологической реакции вместо ее устранения.

Вильде (1964) использовал разряжающий стимул при лечении пристрастия к табаку. Для этого он использовал два электрических вентилятора. Один нагнетал в лицо пациента горячий табачный дым, а другой — воздух комнатной температуры, ароматизированный ментолом. Во время действия аверсивного стимула пациента просят закурить любимую сигарету и курить до тех пор, пока может. Когда он откладывает сигарету и говорит: «Хочу бросить курить», неприятный раздражитель перестает действовать, одновременно включается вентилятор со свежим воздухом с ароматом ментола. Во время

каждой сессии используется несколько повторении, а в конце пациент курит сигарету без защитного стимула, в надежде, что курение не принесет удовольствия. Голдаймонд (1965) использовал в качестве аверсивного стимула запаздывание слуховой обратной связи. Пациент получал миниатюрный прибор, напоминающий слуховой аппарат, в котором находится переключатель, позволяющий включать и выключать его, а также регулировать степень запаздывания для получения наибольшего аффекта. Преимущество этого метода состоит в том, что пациент может использовать его за пределами врачебного кабинета.

Фельдман (Feldman and MacCulloch, 1965; Feldman, 1966) разработал метод аверсивной терапии, в котором постарался использовать максимальное количество экспериментальных достижений в области научения. Вначале этот метод применялся для лечения гомосексуалистов, но в последнее время применяется и в случае других сексуальных отклонений. Он заключается в инструментальном научении избегания, с использованием электрошока в качестве защитного стимула как и в других описанных выше методах. Однако авторы пытаются использовать приведенные ниже принципы, которые, как уже было доказано, увеличивают стойкость к угасанию:

1. Терапевтические сессии должны быть разделены длительными перерывами, а не сконцентрированы во времени.

2. Необходимо следить за совпадением стимула и реакции во время лечения.

3. Сила тока должна колебаться в пределах уровня, определенного пациентом как неприятный, а не увеличиваться постепенно.

4. Следует использовать частичное подкрепление, при котором подкрепляемые и неподкрепляемые пробы следуют в случайном порядке.

5. Параметры частичного подкрепления должны иметь как изменения пропорции, так и временных интервалов (подкрепление с меняющейся относительностью и подкрепление с меняющимся периодом).

6. Задержка воздействия аверсивного раздражителя по отношению к началу патологического поведения должна меняться.

7. Терапевтические ситуации должны быть реалистическими и разнообразными.

Авторы сообщают о пользе применения реалистических фотографий — речь идет о легкости манипулирования такими

стимулами. Они также подчеркивают значение подкрепления адаптивных заместительных реакций и предлагают использовать («разряжающие» стимулы для формирования таких реакций. В заключение они советуют применять постепенно нарастающую иерархию позиций, начиная с выработки отвращения к малопривлекательному стимулу и кончая наиболее привлекательным. По отношению к «разряжающим» стимулам рекомендуется обратный порядок. Похоже, что терапевтический метод этих авторов отвечает большинству упомянутых принципов. Пациент, которого лечат от гомосексуализма, начинает со знакомства с серией слайдов мужчин и женщин и раскладывает их в соответствии с повышающейся для него их сексуальной привлекательностью. Затем он садится перед экраном и берет в руки переключатель демонстрации слайдов. Слайды демонстрируются согласно двум иерархиям, начиная с наименее привлекательного мужчины и наиболее привлекательной женщины. Вначале через 8 секунд просмотра изображения мужчины пациент получает удар током, если он не заменил слайд раньше. После возникновения постоянной реакции избегания используются три вида проб через случайные промежутки времени. Первый вид — это подкрепляемые пробы, то есть слайд меняется сразу после нажатия кнопки. Второй заключается в задержке смены слайда на меняющиеся промежутки времени после нажатия кнопки. Третий вид — это неподкрепляемые пробы, то есть пациент получает удар током независимо от того, наступила ли реакция избегания, то есть поменял ли пациент вовремя слайд, или нет. Кроме того, в 40 процентах случайно избранных проб в течение 10 секунд демонстрируется изображение женщины сразу после просмотра пациентом предыдущего мужского портрета. Пациент может попросить показать портрет женщины снова, но его просьба выполняется от случая к случаю. Перерывы между экспериментами составляют от 15 до 35 секунд, а в каждом сеансе, продолжающемся 25 минут, пациент получает около двадцати пяти стимулов.

Описанные выше аверсивные методы использовались главным образом при лечении пациентов, болезнь которых характеризовалась патологическим повелением. Однако они применялись также в случаях симптомов компульсивного характера или нарушения мышления (например, Kushner, 1967; Wolpe, 1958). У пациента есть миниатюрный аппарат для электрошо-

ка, который можно использовать при появлении патологических мыслей или побуждений. Методом аверсивной терапии лечили также непроизвольные движения. Ливерседж и Сильвестр (1955) лечили небольшую группу пациентов, страдающих дрожью рук при письме. В это состояние входят компонент судороги и раздражение. Чтобы преодолеть дрожь, пациенты должны были попадать пером во все меньшие отверстия. Если они задевали за края отверстия, электрическая цепь замыкалась, что приводило к улару током по другой руке. В следующей фазе лечения пациент должен был рисовать прямые, кривые и зигзагообразные линии на металлической пластине, и любое отклонение от линии приводило к удару током. Чтобы уменьшить дрожь, пациент писал специальным пером, сконструированным таким образом, что чересчур сильное нажатие большим пальцем вызывало удар током по другой руке. Подобный принцип использовался для лечения подергивания шеей (Brieley, 1967).

Описанные методы аверсивной терапии очень неприятны, и большинство терапевтов избегают их использования, если возможны другие методы лечения. Возникают также этические возражения. (Дискуссия на эту тему представлена в главе 7.) Чтобы избежать некоторых из перечисленных обвинений был разработан метод, не требующий применения внешних неприятных раздражителей. Вместо этого лечение основывается на использовании воображаемых или скрытых раздражителей, которые, как предполагается, подчиняются тем же законам, что и явное поведение. Насколько нам известно, впервые этот метод описал Лазарус (1958). Метод заключался во внушении пациенту, страдающему компульсивным неврозом, что он испытывает страх, когда представляет себе совершение навязчивых действий, и спокоен, когда не поддается искушению. Голд и Нейфелд (1965) включили в терапевтическую программу воображение гомосексуальных сцен и сразу после этого представление аверсивного раздражителя, например присутствие полицейского. Подобный метод использовала Колвин (1967). Она назвала его методом аверсии через воображение *(aversive imagery therapy).* Cautella (1966, 1967) сообщал о многочисленных случаях, иллюстрирующих любопытные версии этого метода, названного им «скрытой сенсибилизацией» *(covert sensatization).* Лечение алкоголика заключалось в том, что его обучали приемам релаксации и при этом просили представ-

лять себе сцены употребления спиртных напитков с чувством сопутствующего этому удовлетворения, а также тошноту и рвоту со всеми неприятными ощущениями. В очередных сеансах пациент постепенно расслабляется, затем его просят подать знак, как только он представит себе вид алкоголя и почувствует желание выпить. Когда пациент подает такой знак, его сразу же просят вообразить тошноту и рвоту. Ему даются инструкции, чтобы он повторял эту процедуру дома. Дэвисон (1968а и Ь) использовал этот метол с небольшими изменениями при лечении одного садиста и юноши с нарушениями поведения.

Хомме (1965) описал метод «владения мыслями» *(control of coverants).* Мысли и фантазии считаются в этом случае «скрытыми действиями». Предполагается, что пациент развивает самоконтроль, используя скрытые противоположные реакции по отношению к нежелательному явному поведению. Заядлого курильщика просят представить себе ситуацию, в которой ему не хотелось бы курить (например, после просмотра фильма о раке легких). Если ему удастся преодолеть желание закурить сигарету, применяется положительное подкрепление (например, чашка кофе).

Опыт применения других методов довольно невелик, еще не определены рамки их использования, а также их эффективность. У них есть преимущества по сравнению с более конвенциональными аверсивными методами, но есть и свои недостатки. Они кажутся простыми, однако отсутствие контроля над используемыми стимулами относится к *их* слабым сторонам.

Повторение нежелательных реакций

Методы лечения, основанные на повторении нежелательных реакций, которые иногда называют исчерпанием, пресыщением, угасанием, основаны на принципе гласящем, что многократное повторение выученной реакции без подкрепления приводит к ее угасанию.

Уже давно говорилось, что повторяющиеся привычки, например тики, можно вылечить, прося пациента выполнять их по собственной воле (Dunlap, 1932). Леннер (1954) просмотрел литературу на эту тему до 1951 г. и привел подробное описание собственного метода лечения, основанного на повторении нежелательных реакций. Йетс (1958) проанализировал теоре-

тические основы этого метода и исследовал оптимальные условия его применения для лечения пациентов с различными тиками. Он использовал теорию двух факторов и выдвинул гипотезу, что некоторые тики выполняют функцию ослабления Напряжения и возникают в травмирующей ситуации как реакция избегания. Другие тики, особенно у детей, могут возникать в результате подражания или как реакция избегания неприятного стимула, например тесного воротничка. Для выяснения причин появления тиков в определенный момент времени он использует концепцию Халла об увеличении силы привычки и временном возрастании влечения в состоянии страха. Многократное сознательное повторение тика должно приводить к нарастанию реактивного торможения, что приводит к угасанию страха. Кроме того, отсутствует опасность увеличения силы этой привычки, поскольку она уже достигла своего максимума. Следовательно, эффективное лечение можно определить как угасание выученной привычки максимальной силы вследствие многократного, но не подкрепляемого повторения. Согласно концепции Халла, угасание вызвано обусловливанием противоположной реакции расслабления; следовательно, повторение нежелательных реакций можно считать вариантом переобусловливания. Однако с практической точки зрения это скорее явление другого рода. Терапевт не навязывает пациенту противоположную реакцию, она возникает как результат многократного повторения.

Иетс был настроен на экспериментальную работу, не на лечение, и был заинтересован прежде всего в поиске оптимального метода терапии повторения нежелательных реакций. Типичная процедура заключались в интенсивном повторении каждого тика в течение 5-минутных периодов с перерывами в 1 минуту. В течение дня проходило два сеанса: один под контролем терапевта, второй дома, без контроля. Максимальное время повторения одного тика составило 1 час. После четырех сеансов пациент отдыхал 3 недели.

Иетс пришел к выводу, что лучшие результаты, достигаются при совмещении длительного повторения тика с продолжительным отдыхом. Тики следует воспроизводить как можно точнее и интенсивнее, их следует повторять до исчерпания, чтобы возникла наиболее высокая степень торможения Вольпе и Лазарус (Wolpe and Lazarus, 1966).

Рэфи (1962) использовал технику Иетса при лечении двух пациентов, страдающих тиком. Он применил интенсивный двух-

часовой сеанс с перерывом на неделю. Лазарус (1961b) описал подобный метод, а Уолтон (1961, 1964) вводил перед сеансами хлоропромазин и амитал, считая, что каждое уменьшение страха должно уменьшить терпимость к реактивному торможению и тем самым усилить условное торможение.

Кларк (1966) использовал метод повторения нежелательных реакций при лечении синдрома Жиля Делятура. Он просил пациента громко и как можно быстрее повторять приходящие ему в голову непристойные мысли. Минута повторений чередовалась с минутным перерывом. Если пациент вставлял другие слова или совершал какое-то движение, то получал удар током, Чтобы предотвратить самопроизвольные паузы, пациент должен был произносить очередные слова в такт ударам метронома.

Метод, напоминающий повторение патологических реакций, использовался для лечения заикания. Можно попросить пациента подражать заиканию, осмысленно повторяя слоги (Miessner, 1946), или повторять каждое слово, на котором пациент заикнулся, читая какой-нибудь текст, до достижения плавности (Sheehan, 1951; Sheehan и Voas, 1957). Шихан и Воас пришли к выводу, что их метод заключается в подкреплении появляющейся реакция плавной речи, а не в подкреплении реакции избегания в виде заикания. Кейс (1960) просил своих пациентов воспроизводить заикание как можно старательней, а иногда использовал удар током для создания эмоционального состояния, сопутствующего, по его мнению, заиканию.

Были разработаны и другие методы, основанные на принципе реактивного и условного торможения, которые можно считать примером терапии, основанной на повторении нежелательных реакций. Уолтон (1960) утверждает, что если ликвидировать вторичную пользу, поддерживающую данный симптом, то он должен исчезнуть в результате повторения без подкрепления, то есть по принципу условного торможения. Свой тезис он проиллюстрировал примером пациента, страдающего хроническим нейродермитом с «компульсивным почесыванием», которое, по его мнению, поддерживалось вторичной пользой.

Создание ситуаций, препятствующих получению пациентом гипотетической награды, привело к исчезновения почесывания и сыпи. Однако в это случае пациента не просили интенсивно чесаться (это могло бы серьезно повредить кожу), поэтому возникают сомнения в том, относится ли этот метод к методам лечения с помощью повторения нежелательных реакций.

Терапия «погружения», или имплозивная терапия

Теоретические основы описанных выше методов лечения основаны на переобусловливании противоположной реакции или угасании инструментальной реакции избегания с помощью ее интенсивного повторении без подкрепления. Термин «погружение» впервые ввел Полин (1959) при использовании в методе угасания, при котором крысы подвергались постоянному воздействию условного раздражителя, причем сохранялась возможность поведения в соответствии с выученной ранее инструментальной реакцией избегания. Цель имплозивной терапии — устранение страха с помощью неподкрепления поведения. Пациента просили оставаться в вызывающей страх ситуации и переживать возникающий страх, при этом препятствовали возникновению реакции бегства.

Экспериментальные данные из опытов над животными свидетельствуют о том, что препятствование или задержка реакции бегства ускоряет угасание этой реакции (см. Lomont, 1965). Для объяснения этого явления использовались различные терапевтические интерпретации. Если считать, что реакция избегания вызвана обусловленным стимулом страха, не содержащего существенной опасности, можно ожидать, что предотвращение реакции избегания приведет к угасанию условного стимула, в соответствии с типичным процессом дифференцирования при классическом обусловливании. До тех пор пока сохраняется реакция избегания, дифференцирование возникнуть не может. В другой интерпретации угасание страха в методах «погружения» объясняется условным торможением страха с помощью настойчивого повторения. Согласно этой когнитивной теории, «погружение» приводит к изменению отношения пациента к условному стимулу, вызывающему страх, если окажется, что его воздействие не создает опасности. В этом случае происходит благоприятная для него конфронтация с действительностью.

Штампфл и его соавторы в серии сообщений (см. Stampfl и Lewis, 1967, 1967) описали метод имплозивной терапии и сформулировали ее теоретическую базу. Разработанная ими концепция основана на теории научения. Невротические симптомы возникают путем обусловливания страха и реакции избегания, вызванного какими-либо вредными раздражителями, но

подчеркивается также роль внутренних факторов, например мыслей и импульсов, которые вторично обусловлены, а затем сами становятся сигналами, вызывающими страх.

Имплозивная терапия начинается с диагностических интервью, призванных выявить как внешние, так и внутренние факторы, вызывающие явные и скрытые реакции избегания. Затем составляется иерархический список сигналов, вызывающих реакции избегания. В самом низу этого списка находятся вызывающие страх факторы, значение которых пациент полностью осознает и которые обычно являются непосредственной причиной симптомов. Выше в иерархии находятся факторы, которые считаются более тесно связанными с первичным аверсивным раздражителем. Эти факторы могут проявиться только в процессе лечения, и к ним относятся все описанные в психодинамической теории конфликты.

Лечение заключается в воображении пациентом с максимальной выразительностью ситуаций, вызывающих страх, и переживании всех связанных с ними чувств. Цель терапевта — поддерживать страх пациента на максимально высоком уровне, предлагая ему воображать все более волнующие сцены в соответствии с иерархией. Терапевт начинает с последних позиций в иерархии стимулов. Когда страх пациента слабеет, терапевт переходит к следующим позициям. Индивидуальные сеансы продолжаются от 30 до 60 минут. Они заканчиваются в тот момент, когда страх пациента начинает слабеть. После определенного количества сеансов с терапевтом пациент получает инструкцию проводить их самостоятельно до уменьшения страха.

Имплозивная терапия напоминает систематическую десенсибилизацию Вольпе, поскольку в обоих методах на пациента воздействует ситуация, вызывающая страх. Однако систематическая десенсибилизация направлена на торможение страха, чтобы могла появиться антагонистическая реакция, в то время как при имплозивной терапии необходимо максимальное переживание страха, чтобы его погасить. Stampfl принимает некоторые концепции внутреннего конфликта Фрейда, с той оговоркой, что это должно привести к явному отказу от факторов при лечении, поскольку на оперантном уровне они обладают терапевтической ценностью, если действительно вызывают страх (Stampfl и Levis, 1968).

До сих пор теме имплозивной терапии посвящено мало исследований. Хоган (1966) описал краткосрочную терапию психо-

тических пациентов. Хоган и Кирхнер (1967) лечили пациентов обоего пола, страдающих фобией крыс. Лечение ограничивалось одним сеансом продолжительностью от 30 до 40 минут. Льюис и Каррера (1967) амбулаторно лечили десять невротиков. Использовалось десять сеансов продолжительностью 1 час. Маллесон (1959) использовал подобный метод при лечении студента в связи с «экзаменационной паникой», убеждая пациента интенсивно воображать неприятные экзаменационные ситуации без расслабления. Воображаемые сцены следовали через небольшие интервалы. Автор также кратко сообщает, что использовал подобный метод в лечении пациентов с симптомами агорафобии. Вольпе и Райнес (1966) лечили двух пациентов от страха перед змеями. Они просили их 10 минут воображать наиболее неприятные сцены в соответствии с иерархией страха. Мейер (1966) описывает лечение двух пациентов с компульсивными ритуалами. Их просили дотрагиваться или держать в руках предметы, вызывающие страх и компульсивные действия, но не разрешали выполнять эти ритуалы. Это делалось с помощью поощрения, отвлечения внимания, надзора; наконец, у них просто отбирали предметы, необходимые для ритуала, например таз для мытья рук. Мейер обосновывал сущность своей терапии в когнитивных категориях и не называл ее терапией «погружения».

Оперантное обусловливание

Этот терапевтический метод исходит из системы оперантного обусловливания, разработанного Скиннером (Skinner, 1938). Повеление можно модифицировать с помощью позитивного и негативного подкреплений, что приводит к возникновению новых реакций путем приближающего обусловливания и дифференциального упражнения (см. главу I). Вначале Скиннер интересовался лабораторными экспериментами на крысах и голубях. Позднее, главным образом благодаря трудам Линдслея (см. Lindsley и Skinner, 1954; Lindsley, 1956, 1960), оперантное обусловливание было с успехом применено для исследования поведения человека. Вначале возник интерес к определению типов поведения, которые можно было бы контролировать экспериментальным путем, а также типов реакции, поддающихся формированию в случае патологии повсде-

имя. В первую очередь анализировалось поведение психотических пациентов и пациентов с задержкой в развитии. Однако эти исследования вызвали такой интерес терапевтов, что в последнее время оперантные методы используются для исследования и лечения более широкого круга психических заболеваний.

Наиболее характерной особенностью метода Скиннера является тенденция сосредоточивания действий на одном стимуле — так называемое «целевое поведение» *(target behaviour)* — и на сопутствующих ему условия среды, то есть факторах, подкрепляющих это поведение и поддерживающих его. Терапевтическое вмешательство заключается в манипуляции подкреплениями таким образом, чтобы патологическое поведение угасало и постепенно замещалось более адаптивными реакциями. Подкрепления используются тогда, когда появляются желаемые реакции; нежелательные реакции остаются без подкрепления. При отсутствии соответствующего поведения подкрепляются приближающие к нему реакции, пока не будет установлена ожидаемая реакция. Хотя внимание терапевта сосредоточено скорее на внешних проявлениях повеления, чем на «внутреннем психическом состоянии», словесные и другие, не проявляющиеся внешне, реакции могут формироваться таким же образом.

В литературе по данному вопросу содержится множество примеров использования оперантного обусловливания у психиатрических пациентов (например, Sidman, 1962; Bachrach, 1964; Eysenck, 1964; Ullman and Krasner, 1965; Lovaas, 1966; Davidson, 1969).

Довольно легко проследить, как терапевтические методы опираются на модель оперантного обусловливания. Зачастую оно кажется простым и наивным. Однако программа лечения и его выполнение могут охватывать множество разнообразных методов и операций, требующих большой изобретательности для их разработки. В рамках этой книги невозможно описать все применявшиеся методы. Мы приводим только примеры решений, использованных и лечении шизофренического повеления: галлюцинаций, истерической немоты, нарушений мышления, некоторых невротических симптомов, патологических привычек и органических психических расстройств.

Айллон и соавт. в серии исследований показали, что инструментальные техники могут быть использованы для модификации неадаптивного или не принятого обществом поведения

шизофреников, пребывающих в закрытых отделениях (Ayllon and Michael, 1959; Ayllon and Haughton, 1962; Ayllon, 1963). Они заметили, что патологическое поведение (например, слишком частое мытье рук или пола, накапливание запасов, нарушение литания) социально подкреплялись медсестрами, в силу повышенного внимания к пациентам, проявляющим аномалии в поведении. Медсестры получили инструкции использовать подкрепления или избегать их в зависимости от поведения пациента. Желаемое поведение награждалось заинтересованностью, разговором, дополнительным питанием или сигаретами. Иначе говоря, нежелательное поведение порицалось, а желаемое — награждалось. Пациентов, которых обычно уговаривали пойти в столовую, не пускали туда, если они опаздывали. При использовании этих методов пациентов не предупреждали, каких изменений в поведении от них ждут. Более поздние исследования (Ayllon and Azrin, 1964), целью которых было соединение словесных инструкций и позитивного подкрепления при научении шизофреников и пациентов с отставанием в развитии приносить в столовую свои столовые приборы, показали, что соединение этих методов было наиболее эффективным.

Соответствующее использование подкреплений может существенно изменить словесные высказывания (см. Greenspoon, 1962; Williams, 1964). Когда у трех шизофреников были подкреплены связные высказывания, частота их появления возросла, а количество бессмысленной болтовни уменьшилось (Ayllon and Haughton, 1964). Когда терапевт и медсестры в контактах с тремя шизофрениками не соглашались с их маниакальными высказываниями, одновременно подкрепляя их позитивные замечания, свидетельствующие о правильной оценке действительности, количество маниакальных высказываний уменьшилось (Kennedy, 1964). Во всех описанных выше исследованиях кроме улучшения целевого поведения были отмечены более широкие положительные эффекты.

Заметные терапевтические эффекты были получены у пациентов с интенсивными расстройствами, у которых желаемые реакции уже не входили в поведенческий репертуар и которые не реагировали на социальное подкрепление. Характерным примером формирования нового поведения в таких ситуациях является труд Петерса и Дженкинса (1954), посвященный исследованию хронических шизофреников в состоянии глубокой регрессии. В качестве подкрепления была вы-

брана пища, поскольку пациенты уже не реагировали на социальное подкрепление. С помощью инсулина симулировалось чувство голода, затем пациентов поощряли принять участие в выполнении ряда все более сложных заданий, например, в разгадывании простых лабиринтов, научении многократного выбора, научении словесных реакций. Позитивным подкреплением была пища. После многих недель таких сеансов инъекции инсулина прекратились, наградой стало социальное подкрепление, которое оказалось более эффективным, чем пища. Награждалось решение актуальных межличностных конфликтов, нарушающих повседневную жизнь пациентов. Похожий пример формирования поведения описан в работе Исаака и соавт. (1960). Ее целью было возвращение речи двум лицам с симптомами кататонической шизофрении и истерической немотой. У одного пациента заметили временное оживление обычно бессмысленного взгляда при виде жевательной резинки. Именно она стала наградой вначале за минимальное движение глазного яблока, затем за мимические движения, голос и, наконец, за произнесение слов. Все это время терапевт настаивал, чтобы пациент говорил.

Если целевое поведение появляется настолько редко, что одно подкрепление уже не эффективно, присоединяются методы моделирования. Например, Шерман (1965) использовал подражательную реакцию с целью определить вид реакции у хронических пациентов с симптомами истерической немоты. Одного пациента сначала награждали за подражание поведению терапевта: вставание, целование, повторение все более сложных высказываний. С целью получения ожидаемой реакции под влиянием все более адекватного стимула можно использовать технику «проникания». Например, когда пациент, подражая терапевту, произносит слово «конь», следующим этапом является использование соответствующего стимула (пациент произносит «конь», когда ему показывают изображение коня). Переход к называнию предметов достигается с помощью постепенного исчезновения подражательных ответов и подражательных реакций. Таким образом, слово постепенно получает соответствующее значение.

Инструментальные методы все чаще используются при лечении детских психозов, при которых аутичное и деструктивное поведение может быть изменено на социально более адаптивное. Ответственность и послушание в игровой ситуации до-

стираются благодаря использованию в качестве награды сначала пищи, а потом вторичного полкрепления (Davidson, 1964). Применяя различные техники, можно было устранить эхолалию и заменить ее нормальной речью. Вначале, чтобы развить речь, использовались приближающее обусловливание и подражание. Затем подсказка слов постепенно прекращалась, чтобы речь перестала быть простым подражанием и стала осмысленной, Чтобы устранить неадекватные реакции, использовалась «приостановка» подкрепления до момента получения соответствующей реакции, которая затем закреплялась с помощью дифференцированного подкрепления пищей (Risley and Wolf, 1967).

Ловаас (1966) использовал более сложную программу для шести детей, страдающих аутизмом и полной истерической немотой. Вначале любой издаваемый звук награждался пищей. Затем награждались только звуки, издаваемые сразу после голоса терапевта. На следующем этапе, чтобы получить награду, ребенок должен был повторить звук, услышанный от терапевта. В следующей фазе следовало различить и повторить два звука, таким образом ребенок учился повторять каждый звук терапевта. В конце стимулы для подражания изменялись па более адекватные произносимым словам, которые постепенно приобретали свойственное им значение. Лефф (1968) подготовил обзор методов оперантного обусловливания, использовавшихся при лечении детских психозов. Позже подобный метод тренинга детей, страдающих аутизмом, описали Мартин и соавт. (1968). Авторы обращают внимание на проблемы соответствующего выбора поведения и высказываний, чтобы избежать ошибок подкрепления или нежелательного поведения ребенка.

Немного по-другому оперантное обусловливание использовалось в работе со взрослыми, страдающими шизофренией. Очень интересна система «политики жетонов» *(token economy),* которую разработали Айллон и Азрин (1965, 1968). Они использовали принцип Премака, согласно которому в каждой паре реакций, которые могут произойти в данной ситуации, та из них, вероятность которой выше, выполняет функцию подкрепления для менее вероятной (Premack, 1959). Подкрепляющие действия (например, нахождение в комнате отдыха, просмотр телевизионных передач и получение некоторых привилегий, используемых в больницах) обусловливали формирование желаемых реакций: прогулки, аккуратность в одежде, за-

правление кроватей и посещение мастерских трудовой терапии. Чтобы заполнить пробел между появлением целевого поведения и гипотетическим, подкрепляющим эффектом реакции с большой вероятностью появления, Айллен и Азрин ввели жетоны, которые пациенты получали сразу же после появления целевого поведения. Позже жетоны могли использоваться для получения привилегий, вовлечения в реакции с большей вероятностью наступления, просмотра телепередач *к* т. п. Эта программа использовалась медсестрами как для пациентов, которые не могли выйти из отделения, так и для тех, кто мог участвовать в занятиях за пределами отделения. Контрольные исследования показали, что жетоны, награждающие желаемое поведение, увеличивали частоту его появления. Прекращение использования жетонов или редкое их использование приводило к уменьшению частоты появления целевого поведения.

Подобная система «политики жетонов» использовалась для награждения поведения, увеличивающего адаптированность пациента за пределами больницы (например, Gericke, 1965, Atthowe and Krasner, 1968). Модификация этой системы лечения по мере улучшения заключается в задержке подкрепления, то есть награждении жетонами раз в неделю, а в конце — на предоставление пациентам полной самостоятельности, то есть в предоставлении им карт-бланш, заменяющей систему жетонов. Последний обзор программ политики жетонов составил Krasner (1968).

Пациенты могут принимать участие в управлении отделением (Fairweather, 1964). Они могут коллективно принимать решения, касающиеся персональных проблем, назначения работ и выдачи наград, например денег. Ответственное поведение приводит к увеличению количества наград и размера авансов. Чтобы увеличить коллективную ответственность и активное участие каждого пациента, вся группа награждалась возможностью предоставлять определенным членам какие-либо привилегии. Вся группа также планировала выписку и трудоустройство своих членов.

Есть много сообщений о лечении неврозов и нарушений поведения у детей. Частота сосания большого пальца уменьшилась, когда детям стали показывать карикатуры на них, как только они начинали сосать палец (Baer, 1962). Загрязнение испражнениями лечили с помощью помещения ребенка в убор-

ную после каждого приема пищи и перед сном. Когда выяснялось, что в уборной ребенок испытывает страх, он получал конфету или веселую книжку. Если из-за запора испражнение было болезненным, использовалось слабительное. Если испражнений не было, не применялось никаких наказаний, но если они были, ребенка награждали похвалой и дополнительной нищей. Награды менялись в соответствии с актуальной заинтересованностью ребенка, как только ценность очередной награды уменьшалась. Когда ребенок привыкал использовать уборную и переставал испражняться в штанишки, он получал наставление посещать уборную, как только почувствует необходимость. Когда ребенок сообщал об испражнении, он получал награду (Neal, 1963).

Методы, основанные на оперантном обусловливании, использовались терапевтами, медсестрами и пациентами. В число вовлеченных в эту методику лиц необходимо включить родителей и учителей, которые, используя соответствующие подкрепления, могут преодолеть такие нарушения поведения, как приступы злости, повышенную возбудимость или чрезмерную зависимость (например, Russe, O’Leary et al., 1967). Проводится тщательный анализ модели поведения ребенка и реакции па нее родителей и учителей. Наблюдение может проводиться дома или в игровой комнате. После этого терапевт может сказать родителям, как им изменить свои реакции, чтобы нарушенное поведение ребенка не подкреплялось, и как подкреплять желаемое поведение. Мать, склонная обращать особое внимание на ребенка, когда его охватывает злость, и не заниматься им в случае конструктивного поведения, получает инструкции изменить свои реакции таким образом, чтобы конструктивное поведение ребенка награждалось, С этой целью можно использовать первичное социальное подкрепление или жетоны (например, O’Leary et al., 1967). Школьные фобии лечат, соединяя оперантное подкрепление — с целью склонить к посещению школы — с систематической десенсибилизацией, призванной уменьшить страх, вызванный школьной ситуацией (например, Lazarus et al., 1965; Patterson, 1965). Релаксации, успокоению и постепенному введению в школьную ситуацию предшествует использование позитивных подкреплений в виде комиксов или жетонов.

Оперантное обусловливание редко используется как единственный метод при лечении взрослых с невротическими рас-

стройствами. Бахрах и соавт. (1965) лечили пациентку с невротическим отвращением к пище, избегая разговоров, чтобы их можно было использовать потом в качестве позитивных подкреплений приема пищи. Постепенно, когда пациентка начала есть и прибавила в весе, давались социальные награды и некоторые привилегии. Барретт (1962) понизил частоту появления различных тиков у своего пациента, предлагая ему слушать хорошую музыку, которая прерывалась, как только возникал какой-нибудь тик. Этот метод оказался более эффективным, чем самоконтроль, постоянная музыка или вызывание тиков с помощью неприятного шума. Частота появления тиков уменьшилась и между сеансами. С помощью методов обусловливания лечили также некоторых пациентов с истерическими расстройствами восприятия, что позволяло убедить пациента в том, что нормальное восприятие может быть восстановлено. Оперантное обусловливание, использованное Бренди и Линдом (1961) для лечения истерической слепоты, заключалось в применении позитивных подкреплений в виде похвал и предоставления привилегий в тех случаях, когда пациент нажимал кнопку, после того как проходило от 18 до 21 секунды. Если пациент не мог правильно оценить время, терапевт выражал неодобрение. Если кнопка нажималась вовремя, раздавался зуммер. После некоторого количества сессий, если время было отсчитано правильно, вместо зуммера включался свет, однако пациенту не сообщали об изменении сигнала. Вначале это не улучшало результатов задания и пациент проявлял беспокойство. Однако когда ему сообщили, что свет поможет ему нажимать кнопку через определенные интервалы времени, результаты улучшились. После двадцати шести таких сеансов пациент снова начал проявлять беспокойство, но сообщил терапевту, что может видеть. В конце курса как во время сеанса, так и после него зрение пациента стало нормальным. Однако через несколько месяцев недомогание вновь появилось. Тогда его обследовали Циммерман и Грош (1966). Им удалось вызвать оперантные реакции с помощью зрительных стимулов, и они установили, что социальное признание существенно влияет на поведение пациента. В заключительном терапевтическом сеансе пациент получал похвалы за поведение, характерное для слепого, а реакции, типичные для зрячего, критиковались. Это повлияло на поведение пациента, поскольку он начал реагировать так, будто был слепым.

Описанные методы показывают, что убеждение пациента в его правильном восприятии может быть полезным терапевтическим методом. С этой целью использовались также другие техники обусловливания (например, Hilgard и Marquis, 1940; Malmo et al., 1952). Хильгард и Маркус лечили пациента от истерического расстройства болевой чувствительности и паралича верхней конечности. Вначале использовались удары током по здоровой руке (как безусловный стимул се отдергивания), которым предшествовал электрошок больной руки (как условный стимул). Постепенно больной стал чувствовать больную руку. На втором этапе на здоровую руку подавался очень слабый, ток, после чего осуществлялся сильный удар током больной руки. В больной руке появились условные рефлексы отдергивания.

В заключение обзора главных методов поведенческой терапии рассмотрим их применение для решения проблем, выходящих за принятые границы лечения психических расстройств. Использование «жетонов» и «премий» в качестве позитивных подкреплений позволяло уменьшить отставание в учебе и улучшить навыки чтения у детей с задержкой развития и у социально запущенных детей (Staats et al., 1967).

На оперантное обусловливание могут реагировать симптомы, по крайней мере, частично связанные с органическим поражением центральной нервной системы. Эфрон (1957) описал пациента, больного эпилепсией, у которого удалось затормозить приступы с помощью обонятельного стимула. После ассоциирования с запахом показанного больному браслета оказалось, что сам браслет вызывал у пациента то же самое обонятельное ощущение и прекращение приступа. В последующей фазе «размышления о браслете» и прекращали приступ, а в конце лечения выяснилось, что самопроизвольному прекращению приступов сопутствовало появление обонятельных «галлюцинаций», проявляющихся в виде специфического запаха, использованного во время терапии.

У одного мальчика уменьшили интенсивность органически обусловленного синдрома повышенной двигательной возбудимости, используя положительное подкрепление (сладости и деньги) каждого 10-секундного периода, по время которого мальчик мог сосредоточить свое внимание. Позитивное подкрепление связывали со звуковым стимулом, через некоторое время наградой за внимание па уроке стал сам звуковой сти-

мул, а реальные награды выдавались только после урока (Patterson et al., 1965).

В заключение приведем в качестве примера поведенческой терапии лечение непроизвольных движений пациентки с синдромом Хантингтона (Macpherson, 1967). Вначале проводился интенсивный тренинг релаксации. Поскольку любые движения одной части тела вызывали непроизвольные движения другой части, тренинг релаксации продолжался во время выполнения произвольных движений. В следующей фазе лечения пациентку учили воспринимать ощущения от соответствующего мускула, ассоциированные с началом непроизвольных движений. Для этой цели использовалось электромиографическое усиление мускульных импульсов, которые пациентка могла слышать в наушниках. Итак, она могла воспринимать афферентные стимулы от конечности в момент начала непроизвольного сокращения. Последний этап лечения заключался в тренировке расслабления мускула в момент восприятия первых сигналов сокращения.

Выводы

Главные методы лечения, используемые в поведенческой терапии, весьма разнообразны, и их количество продолжает увеличиваться. Это разнообразие вызывает беспокойство, а беспорядок усугубляется отсутствием единой терминологии и возможности разграничения практического описания методов и их теоретических основ. Поэтому не следует удивляться, что это привело к нежелательным противоречиям между теми, кто занимается теорией научения, и поведенческими терапевтами (более подробное обсуждение данной проблемы можно найти в работах Rachman and Eysenck, 1966; Wilson and Evans, 1967).

Часто утверждают, что поскольку до сих пор не существует «современной теории научения», нельзя говорить, что терапевтические методы выводятся из нее. Действительно, нельзя утверждать, что существует единая компактная теория научения, охватывающая всю совокупность поведения человека. Отсутствует необходимое единство по многим теоретическим пунктам, чтобы можно было объединить терапевтические методы на единой основе (например, Breger and McCaugh, 1965). Однако существует единый взгляд на некоторые хорошо под-

твержденные экспериментальные открытия, касающиеся зависимости между классами переменных. Противоречия возникают при теоретической интерпретации этих открытий. Одни и те же явления можно интерпретировать согласно концепции Халда, Скиннера или Тульмана, однако метод лечения всегда основывается на не вызывающих противоречий экспериментальных открытиях. На практике можно использовать один и тот же метод, несмотря на то, какая из теорий — теория подкрепления С — Р или когнитивная — представляется более верной.

Разнообразие используемых методов, их независимость друг от друга и вывод различных методов из одной теории или аналогичных методов из различных теорий, может привести к выводу, что трудно установить связь между поведенческими методами и теорией научения (см. Keisler, 1966). Однако этот вывод можно считать поспешным, если учитывать описанные выше различия между экспериментальными открытиями и их теоретическими интерпретациями. Терапевты также способствовали увеличению путаницы, используя различные термины для одних и тех же процедур и не различая описательную и теоретическую терминологии. Например, повторение нежелательных реакций было определением, введенным для описания метода лечения. Однако этот метод назывался другими терминами: угасание, обусловленное и реактивное торможение. Само угасание является описательным термином ослабления или устранения реакции с помощью прекращения ее подкрепления, а два оставшихся термина — гипотетическими конструктами теории научения. Систематическая десенсибилизация, описывает метод, который иногда называют переобусловливанием или взаимным торможением. Два последних термина относятся к предполагаемым процессам, лежащим в основе систематической десенсибилизации.

Различия между отдельными методами зачастую очень трудно выявить. Например, Уилсон и Эванс (1967) считают, что разница между угасанием и десенсибилизацией заключается в «структурировании ситуации научения». Лечение энуреза с помощью метода звонка и подстилки можно считать устранением дурной привычки или научением новому (Eysenk, 1960a). Точно так же оперантное и реактивное обусловливание можно считать взаимодополняемыми методами, а не совершенно отдельными. Современная тенденция необоснованного соединения различных методов еще более усиливает различия меж-

ду отдельными методами. Действительно, что еще не существует рутинных методов поведенческой терапии, включающих стандартные процедуры действий. Некоторые процедуры разработаны на основе клинических наблюдений и нуждаются в экспериментальной проверке. Кроме того, ряд процедур поведенческой терапии применялся задолго до формального возникновения этого направления (Breger and McGaugh, 1965). Однако необходимо добавить, что прежде они не использовались столь сознательно и систематически. К сожалению, несмотря на все усилия представителей этого направления, поведенческая терапия продолжает оставаться в зачаточном состоянии. Существующие методы все время модифицируются, в результате тщательного анализа экспериментальных данных могут появиться новые открытия. Можно ожидать, что дальнейшее увеличение знаний о научении приведет к новым достижениям в области методов лечения.

В настоящее время, программируя лечение своих пациентов поведенческий терапевт руководствуется принципами научения, но ход лечения зависит от его изобретательности и индивидуальных особенностей пациентов. Поведенческая терапия не является какой-то специфической теорией или методологией. Это скорее направление, в котором стараются использовать открытия экспериментальной психологии для модификации отклоняющегося от нормы или нежелательного поведения.

Глава 5. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

Убедительные теоретические формулировки и отчеты об эффективном лечении отдельных случаев не лают убедительных оснований для принятия поведенческой терапии в клинической практике. Кроме эмпирических доказательств пока нет других методов для определения эффективности этой терапии, рекомендаций ее использования при различных видах расстройств у отдельных пациентов. Такие доказательства можно получить только в результате исследований, при обязательном наличии правильно выбранной контрольной группы, в которой пациенты остаются без лечения.

Клиницист ищет ответ на вопрос, дает ли определенный метод поведенческой терапии лучшие результаты, чем самопроизвольная ремиссия, и если это так, то каковы его результаты по сравнению с другими методами лечения, зависит ли его эффективность от «неспецифичных» факторов или существенных компонентов поведенческой терапии. Наконец, если будет доказано воздействие специфичных поведенческих механизмов, необходимо идентифицировать основную операцию, от которой зависит терапевтический успех. Кроме этих практических проблем, возникающих на клиническом уровне, остаются вопросы, касающиеся теоретических основ этого лечения и связанные с этим этиологические импликации. Однако они относятся к отдельной проблеме, которая может, но не должна быть связана с эффективностью лечения.

В данной главе представлен обзор доказательств эффективности поведенческой терапии. Определение основных терапевтических механизмов и дискуссия о теоретическом анализе представлены в следующей главе.

Области применения

Пока слишком рано делать окончательные выводы, при каких именно психических заболеваниях может быть полезна поведенческая терапия. С теоретической точки зрения, используя поведенческие методы, можно изменить большинство симптомов независимо от их происхождения. Однако по теоретическим и практическим причинам эти методы использовались главным образом при лечении пациентов с моносимптоматическими расстройствами, вызванными определенными стимулами. Относительно хорошо испробован метод лечения состояний, которые можно проанализировать на основе теории С — Р Халла. В поведенческой терапии лучше всего разработан метод систематической десенсибилизации для лечения больных с симптомами фобии. Сложнее использовать модель С—Р при наличии сложных, связанных между собой или изменяющихся симптомов неизвестного происхождения. К этой категории можно отнести многие нарушения личности и неврозы, а также психозы. Несмотря на это, делались попытки использовать поведенческую терапию для лечения почти всех психических заболеваний.

Из теоретических рассуждений и клинической практики следует несколько общих рекомендаций относительно широко применяемых методов. Систематическая десенсибилизация наиболее эффективна в случае расстройств, вызванных страхом, но она малопригодна при создании новых адаптивных реакций. С этой точки зрения более перспективны методы инструментального обусловливания, например позитивное обусловливание при энурезе. Аверсивные методы в основном используются для устранения приятных, но неадаптивных или социально нежелательных форм поведения, например наркомании или сексуальных отклонений, в том случае, когда поведение в целом адаптивно. Систематическая десенсибилизация и аверсивные методы меньше подходят для работы с детьми, для которых чаще бывает эффективным и легче используется инструментальное обусловливание.

Хотя представленные выше рекомендации основаны на теории и клинической практике, некритичное и точное следование им привело бы к неправильному использованию поведенческой терапии. Выбор лечения основывается на внимательном анализе проблем каждого пациента и его ожиданий, а не

на клиническом диагнозе. Даже наиболее фанатичный сторонник Скиннера, интерпретирующий систематическую десенсибилизацию в категориях инструментального обусловливания, вынужден будет признать, что лечить серьезную фобию с помощью данного обусловливания очень трудно, если вообще возможно. Клиницисты, использующие поведенческую терапию, все яснее осознают ограниченные возможности строгого применения отдельных методов согласно диагностическим категориям и все чаще соединяют различные методы. В настоящее время поведенческая терапия может играть важную роль в лечении алкоголизма, сексуальных отклонений, заикания, тиков, энуреза, а также состояний страха с признаками фобии. Иногда она успешно используется при лечении психозов, соматических расстройств, неврозов навязчивых мыслей и нарушений поведения у детей. Во многих случаях поведенческая терапия является частью более широкой программы и соединяется с другими методами.

Оценка эффективности поведенческой терапии

При каждой оценке эффективности лечения должны учитываться естественный ход болезни и частота самопроизвольных ремиссий (см. Eysenk, 1960a, 1963b; Eysenck and Rachman, 1965). К сожалению, точных данных о частоте самопроизвольных ремиссии при различных заболеваниях нет, и в приводимых цифрах существуют значительные разногласия. В известной работе 1960 г. Айзенк сообщает, что в течение 2 лет около 60 процентов больных с острыми невротическими расстройствами полностью излечиваются или их состояние заметно улучшается без всякой систематической психотерапии, поэтому любой терапевтический метод должен дать хорошие результаты.

Многие авторы сомневались в этом выводе (см. Keisler, 1966). Действительно, у многих больных с диагнозом «невроз» в течение года наступает значительное улучшение или полное излечение, независимо от того, лечили их или нет. Однако под этим диагнозом скрываются расстройства, которые протекают по-разному, что зависит от вида болезни и личности пациента. В связи с этим прогностическая оценка эффективности лечения пациентов, которых объединяет только диагноз «нев-

роз», не имеет никакого значения. Клинический опыт показывает, что определенное число так называемых малых психиатрических расстройств переходит в хронические и в определенной мере отвечает за рост психических заболеваний с возрастом (Shepherd et al., 1966). Некоторые неврозы, например синдром навязчивых мыслей и другие расстройства личности, имеют намного худший прогноз, чем это могло бы следовать из показателя 70 % ремиссии в случае таких диагнозов. Это хорошо демонстрируют результаты клинических исследований, представленные в следующих главах. Вывод Айзенка базировался на результатах двух работ.

Первая из них — это американская работа Landis (1937), который утверждал, что 70 % пациентов с диагнозом «невроз» выписали из больницы в течение года; вторая — работа Денкера (1947), обследовавшего 500 человек с претензиями по страховым полисам, которым был поставлен тот же диагноз, — 70 % из них «выздоровело» в течение двух лет. Однако госпитализированные пациенты и лица, предъявившие претензии по страховым полисам, не являются репрезентативной группой, сравнимой с пациентами, обращающимися к психиатру в связи с неврозом. Можно предположить, что госпитализированные пациенты больны серьезнее, чем те, кто обращается в страховые агентства. Однако главная проблема заключается в том, что каждая выборка пациентов с диагнозом «невроз» настолько гетерогенна, что ее изучение дает крайне мало полезной информации. При прогнозе важную роль играет вид расстройства, его интенсивность и прежнее течение. В обеих упомянутых работах пациенты подвергались какому-то лечению, принимали участие в той или иной форме терапии (см. Goldstein, 1960). Кроме того, в обоих исследованиях методы оценки улучшения отличались друг от друга, а также от широко принятых оценок эффективности психотерапии. Позднее Бергин (1967) и Кельнер (1967) разработали анализ психотерапевтических методов, учитывающий наличие терапевтического эффекта, отсутствие эффекта и вредное влияние.

Общеизвестно, что в случае невроза случаются ремиссии без психиатрического лечения. При некоторых видах невроза они встречаются чаще, при других — реже. Использовались различные теории для объяснения этого явления. Согласно теории научения, некоторые изменения в симптоматологии возникают в результате случайных процессов научения, причем

какие-то процессы могут играть терапевтическую роль. Вольпе (1958) пришел к выводу, что часть самопроизвольных ремиссий обусловлена взаимным торможением, поскольку в некоторый момент в жизни пациента может случайно произойти антагонистическая реакция по отношению к страху, что приведет к его торможению. Айзенк (1963) выдвигает гипотезу о том, что обусловленная реакция страха должна угасать с течением времени, поскольку пациент не вырабатывает тотальную реакцию избегания на данную ситуацию и сталкивается с ней при отсутствии безусловного стимула. Он приходит к выводу, что ход «спонтанной ремиссии» напоминает типичную кривую угасания.

Эти две теоретические концепции, в которых ремиссия рассматривается как взаимное торможение или угасание обусловленных реакций избегания, не противоречат друг другу, поскольку обе они основаны на теории торможения. Однако обе концепции объясняют только невротическое повеление, вызванное страхом, которое Айзенк называет «неадаптивными дополнительными реакциями-привычками» *(unadaptive surplus response-habits).* Однако пациенты с такими «привычками» отличаются сильным и стойким «избегательным поведением», поэтому маловероятно, чтобы у них был столь высокий процент ремиссии (70 %).

При психических расстройствах, которые, как полагают, вызваны неудачей в научении адаптивных рефлексов (например, энурез в детском возрасте, загрязнение испражнениями) «самопроизвольная ремиссия» означает эффективное научение. Рахман (1963) утверждает, что неожиданное самопроизвольное улучшение после нового стимула, особенно если ранее пациент безуспешно подвергался тренингу, вызвано скрытым научением. Это явление можно продемонстрировать на опыте, когда резкое и явное улучшение в поведении следует за соответствующим подкреплением, в то время как предыдущий период практики проходил без явных подкреплений.

Самопроизвольные ремиссии в случае некоторых психических заболеваний объясняются очень просто. Однако оценка значения этих концепций в ситуации, на которую влияет множество случайных факторов, достаточно трудна. До сих пор нет основанной на теории научения методики анализа причин самопроизвольных ремиссий таких болезней, как депрессия и шизофрения. Данный анализ должен учитывать, помимо про-

чего, этиологическую концепцию, значение факторов среды, а также взаимодействие пациента с родственниками и друзьями.

Кроме того, до сих пор нет достаточного количества скрупулезных аналитических работ, касающихся эффективности отдельных терапевтических методов. Различные сведения о лечении большого количества пациентов вызывают сокрушительную критику (см. Breger and McCaugh, 1965). Во многих их них содержатся серьезные методологические ошибки. Часто используются неправильные критерии выбора групп. Улучшение часто оценивается только лицом, проводящим лечение, или другими необъективными наблюдателями. Часто не приводится достоверность оценок. Пациентом, которые не прошли определенного количества сеансов, исключают из анализа; В случае использования разных терапевтических методов их эффективность редко оценивается отдельно. Часто наблюдение за катамнезом не производится, а также отсутствуют правильно подобранные контрольные группы. Периодическое развитие некоторых заболеваний может затруднять оценку эффективности лечения.

Дополнительная проблема заключается в трудности сравнения различных опубликованных результатов лечения. Выборки пациентов часто различаются по продолжительности болезни, интенсивности симптомов, подвергнутых лечению, и количеству других симптомов. Кроме того, существуют различия в деталях использованного лечения и оценке результатов. Итак, при оценке лечения пациентов с психическими заболеваниями возникают серьезные практические и методологические трудности. Об этом следует помнить при попытке определения эффективности лечения (см. Gottschalk and Auerbach, 1966).

Мы не пытались представить исчерпывающий обзор эффективности поведенческой терапии, а выбрали исследования, в которых были использованы контрольные группы, а также исследования, проведенные без контрольных групп, но на большем числе пациентов, что обеспечивает достоверность результатов.

Вольпе первым сообщил о проведении систематических исследований использования поведенческой терапии у взрослых пациентов с невротическими симптомами. Он был пионером в области поведенческой терапии, но точно оценить его результаты очень сложно. Его «группа» состояла из 210 взрослых, большинство из которых страдало фобиями и паническими состояниями. Этих людей лечили в амбулаторных условиях в

рамках частной практики. Главным методом была систематическая десенсибилизация, но использовались и другие методы, например подкрепляющая терапия и сексуальные реакции. Среднее время лечения составило приблизительно 10 месяцев. Вольпе использовал шкалу улучшений с четырьмя градациями: от «вылеченный» до «без улучшений». Шкала включала следующие группы симптомов: продуктивность, межличностные отношения, сексуальная адаптированность, восприимчивость к стрессу. По оценке Вольпе 90 процентов его пациентов составили люди, которые излечились полностью или состояние которых значительно улучшилось. Однако столь хорошие результаты следует принимать с осторожностью, поскольку большинство приведенных выше критических замечаний можно отнести и на их счет. Прежде всего, цифра 90 % не учитывает пациентов, прервавших лечение; кроме того, отсутствует информация о наблюдениях за катамнезом.

В 1961 г. Вольпе привел более подробные результаты применения систематической десенсибилизации при лечении 39 пациентов, случайно выбранных из всех лечившихся у него с помощью этого метода. По данным Вольпе, у 39 пациентов было 68 «фобий и сходных невротических расстройств». Вероятно, это определение включает различные межличностные, социальные и сексуальные страхи. Тридцать пять пациентов отреагировали на лечение (90 %), 62 из 68 невротических расстройств удалось «ликвидировать или значительно ослабить» (91 %). Четыре пациента не отреагировали на лечение. Среднее количество сеансов составило 10, а для каждой иерархии стимулов — 11,2 сеанса. Согласно наблюдениям за катамнезом, у 20 излеченных пациентов в течение от 6 месяцев до 4 лет, не было рецидивов или новых симптомов. Хотя в этих исследованиях содержится и другая информация, на ее основе трудно сделать конкретные выводы.

Лазарус (1963) описал результаты лечения — в основном методом систематической десенсибилизации — 408 пациентов без использования контрольной группы. Иногда использовались другие методы лечения: тренинг ассертивности, ролевая терапия, смягчение страха, повторение нежелательных реакций и самогипноз. Часть пациентов получала лекарства. Каждого пациента лечили два терапевта. Во время диагностических интервью использовались определенные тесты и материалы. Вначале интенсивность симптомов и выраженность не-

адаптивного поведения оценивались по пятибалльной шкале. Успехи лечения записывались на основании оценки пациентов и, если это было возможно, других информаторов. Способ оценки степени улучшения напоминает метод Вольпе, но похоже, что Лазарус использовал более суровые критерии. У 78 % его пациентов наступили значительные улучшения. Затем Лазарус провел более детальный анализ результатов полученных, у 126 пациентов, страдающих тяжелым неврозом с многочисленными симптомами. Он исключил из этой группы пациентов моложе пятнадцати лет, пациентов с моносимптоматическими расстройствами и пациентов с курсом лечения менее шести сеансов независимо от результатов. Из 126 этих «трудных» случаев у 62 % пациентов в среднем через четырнадцать сеансов отмечалось значительное улучшение или полное излечение. Пациенты, состояние которых улучшилось не намного или вообще не улучшилось, показали в тестах, предшествовавших лечению, более высокий уровень невротичности или интроверсии. Пациенты с более неопределенным страхом или приступами паники хуже реагировали на лечение. У пятнадцати пациентов из группы в 48 человек, состояние которых не улучшилось, отмечалась слабая мотивация, у четырех позже диагностировали психоз, двадцать шесть оценили как «не поддающихся лечению», а у трех не удалось определить причины отсутствия улучшения. Наблюдение за катамнезом двадцати пациентов показало, что после приблизительно 2 лет один заболел повторно, у двоих обнаружили слабую тенденцию к образованию заместительных симптомов. В оценках Лазаруса примерно столько же недостатков, как и у Вольпе, но следует отметить, что они свидетельствуют о меньшем проценте улучшений, вероятно, вследствие использования более строгих критериев.

Можно также перечислить несколько других исследований пациентов без использования контрольных групп. Хуссейн (1964) сообщал о более чем 907° улучшений в группе, состоявшей из 105 пациентов, лечившихся с помощью метода взаимного торможения и переобусловливания. По всей вероятности, гипноз использовался скорее для непосредственного внушения, чем для расслабления и последующей десенсибилизации. Шмидт и соавт. (1965) писали о 75 % улучшений у лечившихся по очереди 42 пациентов с диагнозом «невроз», из которых 21 пациент страдал сексуальными расстройствами. Однако в этом случае не учитывались десять пациентов, не закончивших лечение. Вы-

воды этих авторов о прогностических факторах напоминают выводы Лазаруса.

Мейер и Крисп (1966) описали результаты лечения различными поведенческими методами группы, состоявшей из 54 пациентов с диагнозом «невроз» и 11 человек с заиканием. Двадцать восемь человек лечились в больничных условиях. После завершения лечения (количество сеансов — от 3 до 60; в среднем 25 сеансов) у 28 пациентов отмечено значительное улучшение, а у 44 — незначительное. Наблюдения за катамнезом 49 пациентов в среднем в течение 12 месяцев показали, что двое заболели повторно.

Хайн и его коллеги (1966) лечили 27 пациентов, страдающих различными фобиями. Они использовали в основном систематическую десенсибилизацию, по иногда — из-за специальных показаний или по желанию пациентов — применяли другие психотерапевтические методы. Состояние пациентов оценивалось с помощью различных шкал терапевтом и независимым экспертом. У 78 % пациентов наступило симптоматическое улучшение, а у 70 % отмечено общее улучшение в среднем после 19 сеансов. Наблюдение за катамнезом 14 пациентов в среднем в течение года показало, что в группе пациентов с улучшениями у 20 % состояние еще более улучшилось, у 47 % — осталось на том же уровне, у 20 % отмечено незначительное ухудшение, а у 13 % — рецидив заболевания.

Фридман (1966а) отметил 100-процентное улучшение в среднем после 12 сеансов у 25 взрослых пациентов, лечившихся от фобии методом десенсибилизации после расслабления, вызванного субнаркотическими дозами метонэкситона (methonexiton). В результате наблюдения за катамнезом (в среднем в течение 10,5 месяца) у 75 % пациентов было отмечено значительное улучшение или полное излечение (Friedman and Silverstone, 1967).

Лазарус и Абрамовиц (1962) использовали для лечения детей с симптомами фобии картинки с эмоциональным значением в качестве фактора, тормозящего страх, и смогли вылечить семерых из девяти детей в среднем после 3,3 сеанса. В ходе годичного наблюдения за катамнезом не было отмечено ухудшений или появления заместительных симптомов.

Лазарус (1959) лечил 18 детей от фобии с помощью систематической десенсибилизации, основанной на расслаблении, пищеварительных реакциях и обусловливании реакции избегания. Во всех случаях отмечалось улучшение или излечение по-

сле завершения курса терапии (в среднем 9,4 сеанса) и наблюдений за катамнезом от 6 до 13 месяцев.

Разумеется, нельзя делать окончательные выводы па основании приведенных выше исследований, результаты которых перепроверить невозможно, однако трудно не испытывать оптимизма, видя улучшения во многих (от 62 до 100 %) случаях при использовании десенсибилизации. Важно получить новые данные. Попытки собрать такую информацию, основанную на ретроспективных исследованиях использования поведенческой терапии при лечении неврозов с контрольной группой, были сделаны в одной из больниц (Cooper, 1963; Cooper, Gelder and Marks, 1965). Двадцать девять пациентов с симптомами агорафобии (в основном госпитализированных) и двенадцать с другими фобиями лечились методом практического переучивания. Дополнительно двенадцать пациентов лечились методом систематической десенсибилизации в воображении. Десять госпитализированных пациентов с обсессивными ритуалами лечились с помощью этих двух методов. Пациентов как из контрольной группы, так и из исследуемой лечили, помимо этого, и другими методами, в частности — поддерживающей психотерапией и фармакологическими средствами. Два независимых эксперта оценивали записи в историях болезней, чтобы определить состояние пациента до начала лечения и через месяц и год после его окончания. После завершения лечения у 69 % пациентов с агорафобией, лечившихся с помощью поведенческих методов, отмечалось симптоматическое улучшение, а через год это число возросло до 72 % (в контрольной группе соответственно 55 % и 60 %). В случае других фобий было отмечено 100-процентное улучшение, но через год этот показатель снизился до 67 % (в контрольной группе соответственно 27 % и 45 %). Итак, пациенты с другими фобиями после завершения лечения чувствовали себя намного лучше, но через год состояние части из них ухудшилось, и преимущество этой группы уже не было существенным. Продолжительность лечения таких пациентов составляла 4 месяца — для лечившихся с помощью поведенческой терапии и 9 месяцев — для контрольной группы. У пациентов с симптомами агорафобии, лечившихся с использованием поведенческой терапии, отмечались ненамного лучшие результаты по сравнению с контрольной группой, хотя они получили более расширенное лечение. В группе пациентов с обсессиями после завершения курса наступило

улучшение у 30 % лечившихся с помощью поведенческих методов и у 44 % — из контрольной группы. Через год эти показатели составили 33 и 55 % соответственно. Авторы пришли к выводу, что поведенческая терапия была не менее эффективна, чем другие методы лечения, а в случае моносимптоматичских фобий — намного эффективнее. Можно согласиться с этим острожным мнением. Данные результаты разительно отличаются от результатов, полученных Вольпе и Лазарусом, Однако следует подчеркнуть, что выборка пациентов включала значительное количество людей, страдающих затяжными заболеваниями с интенсивными симптомами. В то время поведенческая терапия находилась в начальной стадии развития, и поэтому лечение было направлено только на главный недуг пациента.

Гельдер и Маркс провели ряд наблюдений в больнице Модели с целью продолжить изучение эффективности поведенческой терапии. В 1965 г. они сообщили о ретроспективных исследованиях двадцати пациентов с симптомами агорафобии и одиннадцати пациентов с симптомами социальных фобий и фобий животных. Их лечили в основном с помощью постепенного тренинга, но в некоторых случаях применялась десенсибилизация в состоянии расслабления или гипноза. Иногда использовались также психотерапия и медицинское лечение. В контрольной группе поведенческая терапия не использовалась. Большинство пациентов с агорафобией были госпитализированы. В группе пациентов с агорафобией результаты отличались незначительно как сразу после завершения лечения, так и после годичного наблюдения за катамнезом. Улучшение наступило в 55 - 60 % случаев. У пациентов, лечившихся с помощью поведенческих методов, наблюдалось чуть больше симптоматических улучшений после завершения лечения; по всей вероятности, в результате более длительного лечения и более частых сеансов. С другой стороны, пациенты с другими фобиями вначале намного лучше реагировали на поведенческое лечение, чем контрольная группа (100 % по сравнению с 30 %). Через год у части из них произошел рецидив, но в группе пациентов, лечившихся с помощью поведенческих методов, наблюдался перевес, У некоторых появились новые симптомы (четыре человека), но они столь же часто появлялись и в контрольной группе (три человека). Через год в каждой группе пациентов без улучшений у пяти наступило самопроизвольное улучшение.

Результаты этих двух ретроспективных исследований уменьшают излишний оптимизм, вызванный результатами исследований, результаты которых невозможно перепроверить. По всей вероятности, пациенты с единичными фобиями лучше реагируют на поведенческую терапию, но в случае пациентов с агорафобией она менее эффективна. Однако и в контрольной группе оказались пациенты, получавшие на первом этане лечения поведенческую терапию, и поэтому на основании этих данных невозможно сделать окончательные выводы о ценности поведенческих методов в лечении агорафобии. Сопоставление количества пациентов, прошедших лечение систематической десенсибилизацией в воображении, с количеством лечившихся с помощью постепенного тренинга *in vivo* позволяет судить, что постепенный тренинг сам по себе не является наиболее эффективным методом поведенческой терапии (см. главу 6).

В трех очередных отчетах Гельдер и Маркс опубликовали результаты контролируемых исследований поведенческой терапии, использованной при лечении фобий. В этих исследованиях содержится летальный анализ пациентов и изменений их психического состояния. Пациенты оценивались по шкалам, включающим в себя симптоматологию и социальную адаптированность. Оценка производилась терапевтом и независимым экспертом до лечения, во время курса и наблюдения за катамнезом.

Первые исследования (Gelder and Marks, 1966) касались госпитализированных пациентов, лечившихся от обострившейся агорафобии. Двадцать пациентов, тщательно отобранных в соответствии с количеством соответствующих переменных, определялись случайным образом в терапевтические группы, в которых использовались систематическая десенсибилизация в вооображении и постепенный тренинг, и в контрольную группу, члены которой проходили краткосрочную психотерапию переучивания. Обе группы встречались со своими терапевтами три раза в неделю на сеансах по 45 минут. Кроме того, примерно одинаковое количество пациентов в каждой группе получали фармакологические средства. В случае пациентов, лечившихся с помощью поведенческих методов, использовались также реакции подкрепления, если к этому имелись показания. После завершения лечения (в среднем 23 недели для лечившихся поведенческими методами и 19 недель для контрольной группы) оказалось, что у семи из десяти пациентов в каждой группе отмечалось улучшение в границах главной фобии,

но это улучшение в значительной степени исчезало после годичного наблюдения за катамнезом. Изменения в сфере других симптомов и социальной адаптации были незначительными и почти не отличались в обеих группах. Было отмечено только два случая существенного улучшения социальной адаптации после завершения лечения. В группе, в которой использовались поведенческие методы, это касалось адаптации к работе, а в контрольной группе - межличностных отношений вне семьи. Однако ни одно из этих улучшений не сохранилось и ходе наблюдений за катамнезом.

Эти исследования показывают, что у пациентов с острыми симптомами агорафобии систематическая десенсибилизация не вызывает видимых улучшений, а в ходе наблюдений за катамнезом отмечается социальная неадаптированность. На основании этих исследований нельзя делать выводов о психотерапии, поскольку она была призвана контролировать «личный контакт» в поведенческой терапии. С другой стороны, следует отметить, что эти исследования не охватывали всех используемых в настоящее время поведенческих методов.

В других проспективных исследованиях Гельдер и соавт. (1967) сравнивали эффективность поведенческой терапии, а также индивидуальной и групповой психотерапии аналитической направленности у 42 пациентов, лечившихся в амбулаторных условиях от агорафобии и других фобий. Интенсивность симптомов у этих пациентов была слабее, чем в предыдущих исследованиях госпитализированных пациентов, что нашло отражение в полученных результатах. Метод оценки напоминал предыдущий. Шестнадцать пациентов были направлены на лечение поведенческими методами, шестнадцать — на групповую психотерапию и десять — на индивидуальную (малочисленность последней группы объясняется нехваткой терапевтов). Поведенческая терапия включала в себя десенсибилизацию в воображении и постепенный тренинг в реальных жизненных условиях, совместно с поддерживающим тренингом и разъяснительными беседами, если это было необходимо. Индивидуальная и групповая психотерапия содержала интерпретацию переноса, анализ мыслей и чувств пациента, связанных с прежним и актуальным опытом, а также их отношение к актуальным симптомам фобии. Поведенческая терапия проводилась в течение 1 часа раз в неделю в среднем около 9 месяцев, индивидуальная терапия — 1 час в неделю в течение 12 ме-

сяцев, а групповая терапия — 1,5 часа в неделю в течение 18 месяцев. Перечисленные группы были подобраны с учетом существенных клинических переменных и дополнительного фармакологического лечения. Наблюдения проводились в течение 2 лет с момента начала лечения, то есть средняя продолжительность наблюдений за катамнезом составила 15 месяцев для поведенческой терапии, 12 месяцев для индивидуальной и 6 месяцев для групповой терапии.

Результаты свидетельствуют о более значительном симптоматическом улучшении в группе пациентов, лечившихся с помощью десенсибилизации после 6 месяцев. После 18 месяцев этот перевес уже статистически не существенен, но состояние девяти из шестнадцати пациентов, которых лечили с помощью поведенческих методов, значительно улучшилось по сравнению с двумя из десяти — в групповой психотерапии и тремя из десяти — в группе индивидуальной терапии. При оценке социальной адаптивности в «поведенческой» группе улучшилось использование свободного времени и наметилась тенденция к улучшению адаптированности к работе. Отношения с друзьями одинаково исправились в группах пациентов, проходивших как поведенческую, так и групповую психотерапию. Однако у пациентов, участвующих в групповой психотерапии, эти изменения не зависели от симптоматического улучшения, а в поведенческой группе наступили только после исчезновения симптомов. У пациентов, лечившихся по методу индивидуальной терапии после 18 месяцев наблюдались статистически незначительные нарушения в семейных отношениях, но через 2 года отмечалось улучшение по сравнению с началом лечения. Согласно окончательной оценке социального ассистента, сделанной через 2 года, пациенты, которых лечили с помощью поведенческих методов, сохраняли преимущество. Что касается симптомов, то шесть из шестнадцати пациентов оставались в состоянии значительного улучшения, а шесть — в состоянии улучшения. Для групповой психотерапии — это двое из шестнадцати и двое, для индивидуальной психотерапии — трое из десяти и пятеро соответственно. Однако у семерых из двенадцати лечившихся по методу групповой терапии без улучшения симптоматики наблюдались улучшения в сфере социальных отношений. Не наблюдалось возникновения заместительных симптомов, что является типичным риском поведенческой терапии. Однако в этой группе четверо пациентов ушли после

6-недельного лечения. Их заменили другими соответствующим образом подобранными пациентами.

Из результатов этих исследований следуют другие интересные выводы. У пациентов, которых лечили поведенческими методами, существенно понизилась степень невротичности, измеряемая с помощью Личностного опросника Айзенка (Eysenck and Eysenck, 1964). В то же время у участников групповой терапии возрос уровень экстраверсии. Лечение меньше всего помогло пациентам с агорафобией в обеих группах. Другими факторами, влияющими на неблагоприятный прогноз, были пожилой возраст пациентов и наличие большого числа невротических симптомов.

Исследования по методу поперечных срезов (Gelder и Marks, 1968) показали, что состояние семи пациентов, у которых не наблюдалось улучшения при лечении групповой терапией, через 4 месяца десенсибилизации улучшилось намного больше, чем за 2 предыдущих года. Улучшение было настолько неожиданным, что его нельзя приписать самопроизвольной ремиссии. Тот факт, что у пациентов, с самого начала лечившихся с помощью десенсибилизации, следовало ждать улучшений в среднем через 9 месяцев, подтверждает наблюдение Лазаруса (1961a), установившего, что фобии легче устраняются с помощью десенсибилизации, если пациент прошел групповую психотерапию, По всей вероятности, это вызвано решением более общих проблем, вызывающих возникновение фобии, являющейся более изолированным симптомом.

Учитывая огромные трудности, возникающие при такого рода клинических исследованиях, следует отметить, что упомянутые выше исследования грамотно проводились и контролировались. Было уделено большое внимание выбору пациентов и их оценке. Разумеется, ни одно исследование не может исчерпывающе оценить эффективность конкретного лечения. Всегда могут возникать сомнения в навыках терапевтов, деталях использования и выборе методов для отдельных пациентов. Однако существует поразительное свидетельство того, что десенсибилизация в случае отдельных фобий и слабовыраженной агорафобии может вызвать улучшение быстрее, чем психотерапия. Групповая психотерапия может привести к улучшению социальной адаптивности, что может облегчить симптоматическое лечение фобии с помощью десенсибилизации. Остается открытым вопрос, могут ли другие поведенческие

методы вызвать сравнимые улучшения в сфере социальной адаптации, но в этих исследованиях такой вопрос не ставился.

Из-за трудностей в ригористическом ведении контрольной группы, состоящей из пациентов, по отношению к которым первой обязанностью клинициста является предоставление наилучшего лечения, некоторые исследователи прибегают к помощи добровольцев. Это люди, которые хотя и имеют некоторые симптомы, но не ищут психиатрического лечения и не направляются к психиатрам. Необходимо четко различать пациентов и добровольцев не только по этическим соображениям, но и вследствие различных реакций на лечение. Как пациент, так и доброволец могут испытывать сильный страх перед пауками, но только небольшая часть лиц с фобией такого рода направляется в психиатрическую клинику. Существует вероятность того, что те, кто обращается к психиатру, имеют более крупные неприятности, связанные с фобией, или имеют и другие невротические симптомы или нарушения личности, которые затрудняют социальную адаптацию. Мы уже знаем, что эти факторы могут значительно повлиять на легкость десенсибилизации пациента с той или иной фобией. Несмотря на эти оговорки, можно экстраполировать результаты лечения добровольцев на больных с целью исследования некоторых аспектов терапии, но это требует определенной осторожности.

В 1961 г. Лазарус впервые попытался исследовать возможности применения систематической десенсибилизации в группе пациентов. С этой целью он сравнивал лечение добровольцев с симптомами фобии методом групповой десенсибилизации с более традиционными формами интерпретационной психотерапии у добровольцев. В выборку входили одиннадцать пациентов с агорафобией, пятнадцать — с клаустрофобией, четверо — со смешанными фобиями и пятеро импотентов («сексуальная фобия»). Каждого из них лечили с помощью одной из трех терапевтических систем: восемнадцать проходило групповую десенсибилизацию, девять — интерпретационную психотерапию и восемь — интерпретационную психотерапию в сочетании с релаксацией. Всех пациентов лечил сам Лазарус в группах от двух до пяти человек. Тринадцать из восемнадцати лечившихся с помощью десенсибилизации почувствовали улучшение в среднем через двадцать сеансов, но через 9 месяцев *у* троих наступил рецидив. Двое из девяти лечившихся с помощью групповой терапии выздоровели, но был один рецидив.

В группе, которую лечили только с помощью психотерапии, после *22* сеансов не было ни одного выздоровления. В исследованиях по методу поперечных срезов десять из пятнадцати пациентов, у которых не наступило улучшения во время психотерапии в обеих группах, почувствовали улучшение в среднем после десяти сеансов групповой десенсибилизации, что составляет только половину сеансов по сравнению с пациентами, которых с самого начала лечили десенсибилизацией.

Эти исследования говорят о возможности использования десенсибилизации в группе и показывают, что у пациентов, которые уже прошли какую-нибудь психотерапию, улучшение может наступить быстрее. Однако было бы опасно делать из этих исследований другие выводы. Подбор пациентов для лечения различными методами был неудовлетворительным, кроме того, Лазарус сам проводил лечение и оценивал его результаты.

Ланг и Лазовик (1963) в строго контролируемом эксперименте исследовали эффективность систематической десенсибилизации в воображении при лечении двадцати четырех добровольцев студентов с симптомами фобии змей. Добровольцев выбирали на основе анкеты, интервью и реакции на живую змею. В экспериментальную группу отобрали тринадцать студентов. Лечение началось с пяти подготовительных сеансов, была разработана иерархия стимулов, пациенты упражнялись в расслаблении и воображении сцеп во время гипноза. Половине исследуемых перед началом этих сеансов и после их завершения показывали змею, чтобы оценить влияние подготовительной процедуры на исследуемый симптом. Затем экспериментальная группа участвовала в одиннадцати сеансах десенсибилизации с использованием гипноза. Результаты оценивались сразу после завершения лечения и 6 месяцев спустя. В контрольной группе, подобранной в соответствии с интенсивностью фобии, не применялись тренинг и десенсибилизация, но пациентов обследовали через те же интервалы времени, что и участников экспериментальной группы. Программа исследований позволяла отдельно оценивать влияние повторения явной реакции избегания по отношению к живой змее, было проведено пять сеансов тренинга воображения сцен и релаксации, а также одиннадцать сеансов систематической десенсибилизации. Выяснилось, что только десенсибилизация приносит ощутимый эффект в виде ослабления фобии. Оценка производилась во время беседы с пациентом и наблюдения за его реакцией при

виде живой змеи. Во время наблюдений за катамнезом улучшение сохранялось. Кроме того, оказалось, что степень уменьшения страха была пропорциональна количеству сцен, входящих в иерархию стимулов (у тех пациентов, у которых наступило улучшение). На основании этих результатов можно согласиться с авторами, что улучшение, полученное в результате десенсибилизации, не зависит от предшествующих пяти подготовительных сеансов или гипноза и внушения во время терапевтических контактов. Авторы утверждают, что при таком методе лечения у пациентов не происходит никаких личностных изменений.

Ланг и соавт. (1966) сообщали об исследованиях сорока двух пациентов, боявшихся змей. Группу из двадцати трех человек лечили десенсибилизацией, десяти был предложен тренинг расслабления и беседы на «нейтральные темы» («псевдопсихотерапия»), а одиннадцать человек входили в контрольную группу, в которой лечение не применялось. Наблюдения за катамнезом не проводились, но заметное уменьшение фобии отмечалось только в группе, в которой использовалась десенсибилизация. Из этих исследований можно лишь сделать вывод, что десенсибилизация дает больший эффект, чем некоторые виды терапевтических контактов.

Пауль провел два замечательных исследования систематической десенсибилизации, осуществлявшейся для лечения фобии публичных выступлений у 96 студентов, имевших высокие показатели на шкале страха перед выступлениями. В первом исследовании (Paul, 1965) студентов в соответствии с методами лечения разделили на следующие группы: систематическая десенсибилизация в воображении (пятнадцать человек), психотерапия самоанализа (пятнадцать человек), лечение по методу плацебо (пятнадцать человек). В группу без лечения входили двадцать девять человек. Кроме того, была группа пациентов, с которыми во время эксперимента не вступали ни в какие контакты. Все группы были тщательно подобраны с помощью серии тестов, оценивающих степень усиления страха перед выступлениями. Лечение проводилось опытными психотерапевтами, которые прошли интенсивный курс поведенческой терапии. Продолжительность лечения составила пять сеансов по 1 часу на протяжении шести недель. Каждого из семидесяти четырех членов первых четырех групп оценивали с помощью анкеты, физиологических измерений и, независимо

от этого, с помощью оценки его поведения во время публичного выступления. После лечения производилось измерение физиологических параметров и оценка поведения в стрессовой ситуации. У пациентов из группы, которую лечили десенсибилизацией, отмечались более значительные улучшения по сравнению с группами, в которых использовались психотерапия и эффект плацебо. Улучшение сохранялось в течение 6-месячных наблюдений за катамнезом. Оценка производилась помощью опросников. Не наблюдалось ни одного заместительного симптома. Преимущество систематической десенсибилизации сохранялось в течение 2 лет наблюдений за катамнезом. Кроме того, имелись доказательства дополнительных улучшений. Не было заместительных симптомов и рецидивов. Этот методологически правильно проведенный эксперимент подтверждает результаты описанных выше исследований Ланга, из которых следует, что десенсибилизация при лечении добровольцев эффективно уменьшает страх, а также то, что эффект этого метода не является исключительно результатом терапевтического контакта или внушения. Разумеется, пять терапевтических сеансов не могут проверить эффективность психотерапии с использованием самоанализа.

Пауль и Шеннон (1966) провели исследования модифицированного метода десенсибилизации. Пятьдесят человек, в основном выбранных из списка ожидающих приема и не вступавших в контакт в предыдущих исследованиях, поделили на пять групп по десять человек. Десять пациентов лечили групповой десенсибилизацией (в двух группах по пять человек). Кроме того, у них была интенсивная групповая дискуссия с целью переобучения, направленная на укрепление групповых связей и осознания значения межличностных контактов. После 6-неделыюго периода самоконтроля в период ожидания лечения было проведено девять еженедельных сеансов. Остальные четыре группы по десять человек проходили соответственно: индивидуальную десенсибилизацию, психотерапию, основанную на самоанализе, лечение по методу плацебо. В четвертой, контрольной группе, не проводилось никакого лечения. Лечение проводили те же пять терапевтов, что и во время предыдущего лечения. Индивидуальное лечение ограничилось пятью сеансами в течение 6 недель. Методы оценки и шкалирования почти не отличались от предыдущих и результаты оказались сходными. Дополнительно выяснилось, что результаты, полу-

ченные в процессе групповой десенсибилизации, были идентичными или лучшими, чем полученные в результате индивидуальной десенсибилизации. Не только не наблюдалось заместительных симптомов, но и успехи в учебе лиц, которые прошли групповую десенсибилизацию, существенно улучшились по сравнению с контрольной группой. Эти изменения сохранялись или улучшались во время двухлетних наблюдений за катамнезом (Paul, 1968).

Представленные выше экспериментальные исследования продемонстрировали эффективность десенсибилизации по сравнению с некоторыми другими методами. Групповая десенсибилизация оказалась более эффективной, чем индивидуальная, но это требует дополнительного подтверждения, поскольку в группе было больше терапевтических сеансов и проводились дискуссии, направленные на переобучение.

Цайсет (1968) описал исследование, в котором сравнивалась эффективность десенсибилизации, расслабления и метода плацебо при лечении пациентов, ощущающих страх во время беседы. В одну из четырех групп определили сорок восемь госпитализированных пациентов (трех — в связи с неврозом и сорок пять — из-за функционального психоза). В первой группе проводилась систематическая десенсибилизация, во второй использовались тренинг различных видов расслабления и сильное внушение того, что пациенты смогут справиться со страхом в реальной жизненной ситуации. В третьей группе ограничились нейтральными дискуссиями и методом плацебо, в четвертой, контрольной группе, лечение не проводилось. В каждой группе было проведено четыре сеанса, которые вел один терапевт. Состояние всех пациентов оценивалось до и после лечения на основании их собственных ощущений и шкалы поведенческих проявлений страха, заполняемой медсестрами отделения, а также опросника внешних проявлений страха, который заполняли два независимых эксперта во время беседы с пациентами.

У членов групп, в которых использовалась десенсибилизация и расслабление с внушением, наблюдалось более значительное улучшение после лечения по сравнению с группой, в которой использовался метод плацебо, и контрольной группой, в которой лечение не проводилось. В обеих последних группах отмечались проявления страха на основании как наблюдения за поведением, так и субъективных ощущений паци-

ентов. Не было отмечено различий между группой, в которой использовалась десенсибилизация, и группой, в которой применялись расслабление и внушение. Также не было различий между контрольной группой без лечения и группой, в которой был использован метод плацебо. Быстрота, с которой прошла десенсибилизация, и значительно меньшая частота проявления страха во время сеанса, не соответствуют данным исследований, описанных прежде. Однако это последнее исследование проводилось на госпитализированных пациентах и отличалось от предыдущих исследований, которые проводились на добровольцах. Обсуждение возможных причин таких результатов приведено в следующей главе.

Эффективность аверсивного лечения

Франкс (1966) в обширном обзоре, посвященном аверсивному лечению алкоголизма, утверждает, что в большинстве отчетов содержится настолько неточная информация о методах, контроле критериев оценки улучшения и наблюдений за катамнезом, что следующие из них выводы об эффективности этого лечения совершенно не поддаются оценке. Большая часть исследований, содержащих достаточно информации, чаще основаны на использовании фармакологического, чем электрического аверсивного раздражителя. Кроме того, эти исследования не учитывали принципов научения по типу классического обусловливания. Часть авторов дополняет аверсивное лечение другими методами, что затрудняет оценку самой аверсивной реакции. После исследований большого количества пациентов сообщается о приблизительно 50 процентах полной абстиненции в различных периодах наблюдений за катамнезом. Например, у Тиманн (1949) лечились 282 алкоголика в течение 7 лет. Во время катамнеза 125 пациентов из наблюдаемых 245 полностью отказались от употребления алкоголя (за исключением девяти, которые в это время вылечились от рецидива алкоголизма). Лемер и Вогтлин (1950) исследовали 4468 пациентов, лечившихся в течение 13 лет. Проводились наблюдения за катамнезом 4096 пациентов, 44 процента перестали употреблять алкоголь после первого этапа лечения, у 878 наступил рецидив алкоголизма, и они прошли повторное лечение; из них отказались от употребления алкоголя 39 процентов. Всего от у по-

требления спиртных напитков отказались 51 процент пациентов. В дальнейшем анализе Франке подчеркивает, что 60 процентов не употребляли алкоголь по крайней мере год, 51 процент — два года, 38 процентов — пять лет, и 23 процента — по крайней мере десять лет с момента лечения. В отличие от этих результатов, Валлерштейн (1957) в исследованиях, сравнивающих результаты применения аверсивного лечения дисульфирамом, группового гипноза и социальной терапии к 178 алкоголикам в течение 2,5 года и годичных наблюдений за катамнезом, отмечал улучшение только в 24 процентах случаев после аверсивного лечения.

До сих пор было мало сообщений об использовании электрошока в качестве аверсивного раздражителя при лечении алкоголизма. Из сорока алкоголиков, которых лечил Хсу (1965), двадцать прервали лечение, а шестеро не выдержали через полгода после начала курса. Блейк (1965, 1967) опубликовал результаты лечения тридцати семи алкоголиков с помощью соединения электрошока и расслабления и двадцати пяти — только с использованием электротока. Все они были частными пациентами из высших социально-экономических слоев. В течение 6 месяцев наблюдений за катамнезом 52 процента оставались абстинентами, а 10 процентов сохраняли улучшение. Через год эти цифры составили 37 и 19 процентов соответственно.

В настоящее время появилось лишь несколько сообщений о результатах аверсивного лечения алкоголизма с помощью паралича дыхания, вызванного сукцинилхолином. Количество пациентов, которых лечили этим методом, невелико, часто это были случаи с неблагоприятным прогнозом (см. Madill et al., 1966; Farrar et al., 1968). Невозможно оценить эффективность аверсивного лечения с использованием скрытых методов. Anant (1968) сообщал о наступлении абстиненции, продолжавшейся от 14 до 21 месяца у двадцати пяти из двадцати шести пациентов. Ашем и Доннер (1968) добились абстиненции, продолжавшейся в течение 6 месяцев наблюдений за катамнезом шести из пятнадцати пациентов.

Прогнозы при алкоголизме при отсутствии лечения неблагоприятны. Самопроизвольные ремиссии встречаются очень редко. Кендалл и Статон (1965) показали, что из 67 нигде не лечившихся алкоголиков в течение 6 —7 лет только один перестал пить, а из остальных многие покончили с собой или умерли. С помощью различных методов лечения алкоголизма достигались

меняющиеся результаты. При лечении методом первой помощи, состоявшего из курса предотвращения пьянства в больнице, использования транквилизаторов, помощи в разрешении семейных и социальных конфликтов, поощрения участвовать в деятельности Ассоциаций анонимных алкоголиков, Валленс (1965) лечивший шестьдесят восемь пациентов в течение 2 лет добился 5 процентов абстиненции и 25 процентов улучшения. Дэвис и его коллеги. (1956) наблюдали за катамнезом пятидесяти госпитализированных на 2-3 месяца алкоголиков, лечившихся с помощью антабуса в течение двух лет. Тридцать семь процентов находились в абстиненции в течение большей части этого периода. Глатт (1961) сообщил о лечении группы, состоявшей из девяносто четырех алкоголиков в основном из высших социально-экономических сфер. Вначале лечение с использованием групповой психотерапии проводилось в больнице, затем продолжалась интенсивная амбулаторная поддержка. Двухлетние наблюдения за катамнезом показали, что 33 процента больных полностью излечились и 33 — находились *в* состоянии улучшения. У 90 процентов сорвавшихся пациентов рецидив алкоголизма наступил в первые 6 месяцев после лечения.

Анализ качества доступных исследований позволяет предположить, что в случае алкоголизма аверсивное лечение по крайне мере так же эффективно, как и другие методы. Можно предположить, что оно внесет серьезный вклад в победу над этим тяжелым заболеванием.

Пока очень мало данных об эффективности аверсивного лечения сексуальных расстройств. Фрейд (1960) писал о результатах использования апоморфина в качестве аверсивного раздражителя при лечении шестидесяти семи гомосексуалистов. Те, кто был почти полностью ориентирован гомосексуально, прошли длительный этап лечения с целью вызвать гетеросексуальную заинтересованность. Оно заключалось в демонстрации фильмов с обнаженными женщинами в течение 7 часов после инъекции тестостерона. Максимально проводилось двадцать четыре сеанса. Пациенты, которые не участвовали по крайней мере в пяти сеансах, исключались из катамнеза. Шестьдесят два человека вновь были обследованы через 3 года. Из двадцати пациентов, направленных на лечение по решению суда, только трое достигли уровня гетеросексуальной адаптации, но и она продолжалась лишь несколько недель. Из оставшихся сорока семи пациентов двенадцать достигли длительной адапта-

ции, хотя и сохранили некоторые гомосексуальные влечения, и только шестеро не проявляли явного гомосексуального поведения в этот период.

Аверсивное лечение девятнадцати трансвеститов с помощью апоморфина (Morgenstern et al., 1965) состояло из трех сеансов, проводимых в течение дня. Всего было тридцать девять сеансов. Шестеро из девятнадцати пациентов прервали лечение. Наблюдения за катамнезом (от 8 месяцев до 4 лет) показали, что семеро из тринадцати, закончивших лечение, полностью прекратили переодеваться, у оставшихся шести хотя и вернулось трансвестивное поведение, но оно повторялось с меньшей, чем прежде частотой. У тех, кто перестал переодеваться, наблюдались улучшения по другим показателям. Не было отмечено возникновения заместительных симптомов.

Мак-Каллох и Фельдман (1967) опубликовали более оптимистические результаты, полученные в результате применения метода научения реакции избегания с помощью электрошока, описанного в предыдущей главе. Лечение прошли тридцать шесть из сорока трех пациентов с гомосексуальными наклонностями. Наблюдения за катамнезом проводились не менее года. Двадцать пять человек (56 процентов) находились в состоянии значительного улучшения. Тринадцать из них вступили в половую гетеросексуальную связь без сопутствующих гомосексуальных отношений или фантазий, семеро начали активную гетеросексуальную практику, но не вступили в половую связь, семеро начинали активные гетеросексуальные отношения, но у них возникали сильные гомосексуальные фантазии.

Однако Бэнкрофт и Маркс (1968) в сообщении о результатах использования электрошока при лечении девятнадцати гомосексуалистов и педофилов утверждают, что, несмотря на изначально высокий процент улучшений (72 процента значительных улучшений), только один пациент сохранил его в течение двухлетних наблюдений за катамнезом, а у четверых оно сохранилось в меньшей степени. Лучших результатов удалось добиться при лечении шестнадцати трансвеститов, фетишистов и садомазохистов, у 75 процентов которых значительное улучшение сохранялось до конца катамнеза.

Гомосексуализм трудно поддается лечению. Хотя выводы об эффективности научения избеганию с помощью электрошока еще преждевременны, приведенные выше результаты вселяют надежду и выглядят привлекательнее, чем другие мето-

ды лечения (см. Freund, 1960; Bieber et al., 1962). Возможно, что методы поведенческой терапии будут существенно способствовать эффективному лечению определенных пациентов с сексуальными девиациями. Структура личности и мотивация пациента относятся к факторам, которые могут ограничивать эффективность лечения. Когда отклоняющееся сексуальное поведение является основой сексуальной активности данного индивида, лечение любыми методами затруднено.

Используя аверсивные методы при лечении дрожания рук при письме и подобных расстройств, Сильвестр и Ливерседж (1960) добились предварительного улучшения у двадцати девяти пациентов из тридцати девяти. У пятерых возник рецидив во время наблюдений за катамнезом, проводившихся в период от 1 месяца до 4,5 года. Бич (1960) не смог добиться таких же хороших результатов в лечении пациентов, у которых, по всей вероятности, были более серьезные расстройства личности, чем у пациентов Сильвестра и Ливерседжа.

Позитивное обусловливание

Джонс (1960) и Ловибонд (1964) составили обзор результатов лечения энуреза с помощью поведенческой терапии. Различия применяемых методов, интенсивности заболевания, критериев улучшений и длительности наблюдений за катамнезом затрудняют сравнение различных терапевтических программ. Джонс приводит результаты пятнадцати опытов, в которых 1446 пациентов с энурезом (в возрасте от 3 до 28 лет) лечились с помощью аппарата Моурера или Кросби. Семьдесят шесть процентов из них выздоровело, а у 14 процентов не наступило улучшения. Однако таблицу Джонса (1960, с. 400), в которой суммируются результаты этих экспериментов, понять довольно сложно, поскольку существует некоторая неоднозначность критериев «вылеченный», «состояние значительного улучшения» и «без улучшений», а некоторые цифры превышают 100 процентов. Часть этих цифр не совпадает с указанными в работе Ловибонд (1964), суммирующей результаты тринадцати опытов (девять из них включены в таблицу Джонса). Лечение охватывало 604 случая. Предварительного прекращения энуреза удалось добиться в 90 процентах случаев. Данные о рецидивах менее понятны. Среднее значение рецидивов определено в

14 процентов; Наблюдения за катамнезом продолжались от 2 месяцев до 4,5 года, Разумеется, чем дольше продолжаются наблюдения за катамнезом, тем выше процент рецидивов. Ловибонд открыл корреляцию в 0,7 процента между представленным процентом рецидивов и минимальной продолжительностью наблюдений за катамнезом.

Янг и Тернер (1965) исследовали влияние стимулирующих лекарств на процесс позитивного обусловливания при энурезе. Отчет содержит результаты лечения 299 детей, которые ночью мочились в постель примерно 3 раза в неделю. Лечение проводилось в домашних условиях до прекращения энуреза в течение 2 педель подряд. Если этого не удавалось добиться в течение 4 месяцев, признавалось отсутствие улучшений в результате лечения. Чтобы определить влияние лекарств, детей разделили на три группы, в каждой из которых использовались различные программы лечения. Результаты этих исследований подробно обсуждаются в следующей главе. Сейчас нас интересуют 105 детей, которых лечили только с помощью аппарата. Успех был достигнут в 64,8 % случаев. Лечение прервали 29,5 процента, а у 5,7 процента детей не наступило улучшения, поскольку зуммер не мог разбудить этих детей. В течение годичных наблюдений за катамнезом у 13,2 процента наступил рецидив симптомов, но в период от 40 до 60 месяцев из сорока одного ребенка, которые не мочились в течение года, рецидив был отмечен у 31,7 процента (Turner и Young, 1966).

Кахане (1955) разделил 59 детей, больных энурезом, на три группы. Первую группу (21 ребенок) лечили с помощью звонка и подстилки, вторая (22 ребенка) получила то же лечение после периода ожидания, продолжавшегося несколько месяцев. Шестнадцать детей из третьей группы прошли обследования и были внесены в списки ожидающих приема, но не лечились. Все дети из первой группы вначале отреагировали на лечение, но у 13 из 21 наступил рецидив в течение 7 месяцев. Во второй группе у 10 из 22 энурез прекратился еще во время ожидания лечения, у одного ребенка наблюдался рецидив. Только у двоих детей из третьей группы прекратился энурез, причем у одного возник рецидив.

Другое исследование лечения энуреза у семидесяти детей было проведено Уэрри и Корссеном (1965). Двадцать два ребенка составили группу, где использовались звонок и подстилка, двадцати одному назначили краткосрочную психотерапию (де-

вять сеансов в течение 3 месяцев) и двадцать семь определили в контрольную группу без лечения.

Три перечисленные группы были подобраны с учетом возраста, пола, социального положения, интенсивности энуреза и степени эмоциональных расстройств. Лечение с помощью аппарата продолжалось до тех пор, пока мочеиспускание не перестало появляться в течение месяца или до завершения четырехмесячного курса. В это время улучшения наблюдались у 80 процентов лечившихся по методу позитивного обусловливания, по сравнению с 30 процентами в группе, которую лечили с помощью психотерапии, и 30 процентами — в контрольной группе. Заместительные симптомы не наблюдались.

Результаты этих исследований показывают, что с помощью использования методов обусловливания при лечении энуреза можно добиться значительных улучшений по сравнению с отсутствием лечения. К сожалению, процент рецидивов довольно высок, и следует сравнить долгосрочный эффект поведенческой терапии с процентом самопроизвольных ремиссий и эффектами других методов лечения.

До сих пор очень мало данных о количестве самопроизвольных ремиссий в процентном соотношении. Ловибонд (1964) утверждает, что в течение года процент самопроизвольных ремиссий составляет 25 процентов у трехлетних детей и снижается до 16 процентов у одиннадцатилетних. Однако, как справедливо возражают Янг и Тернер, при определении процента самопроизвольных ремиссий на основании кривых возраста возникновения энуреза не учитываются ремиссии, вызванные самим фактом пребывания под опекой в клинике. Как показали исследования Кахане, некоторые пациенты выздоравливали, ожидая начала лечения.

Как Бот, так и Ловибонд приводят данные, свидетельствующие о том, что методы обусловливания дают лучшие результаты, чем стимулирующие средства, служащие для уменьшения глубины сна, или парасимпатиколитические лекарства для торможения выделения мочи. Ловибонд суммирует результаты психотерапии у 195 пациентов, представленных в трех наиболее грамотно разработанных исследованиях.

Первичное прекращение энуреза было достигнуто у 50 процентов детей. Нет сообщений о катамнезе, поэтому дать какую-либо определенную оценку роли психотерапии при лечении энуреза в настоящее время невозможно. Однако сущест-

куют достаточно убедительные доказательства, что методы обусловливания эффективно способствуют первичному прекращению энуреза у большого числа пациентов.

При лечении заикания с определенным эффектом использовались различные техники, но до сих пор опубликовано лишь, несколько сообщений о результатах лечения определенного числа пациентов. Кондас (1967b) описал результаты лечения семнадцати пациентов с заиканием (в возрасте от 8 до 16 лет) с помощью метода «тени» и дыхательных упражнений при расслаблении. После завершения лечения 70,6 процента пациентов были признаны излечившимися или у них нашли значительные улучшения. При наблюдениях за катамнезом (минимум 3 года) эта цифра составила 58,8 процента.

Оценка имплозивной терапии

Еще слишком рано оценивать эффективность и области применения этого метода поведенческой терапии. Опубликованные до настоящего времени сообщения на эту тему немногочисленны и обычно касаются лишь нескольких примеров. Хоган (1966) опубликовал впечатляющие результаты использования имплозивной терапии для лечения госпитализированных психотических пациентов. Левис и Каррера (1967) описали свой опыт использования имплозивной терапии для лечения амбулаторных пациентов с диагнозом «невроз». Десятерых пациентов, которые прошли десять сеансов имплозивной терапии, сравнивали с тремя контрольными группами. Одну из них лечили с помощью традиционной психотерапии с тем же количеством сеансов, вторая прошла в среднем тридцать семь сеансов традиционной психотерапии с одним терапевтом, участвовавшим в имплозивном лечении (до того, как он познакомился с этим новым методом) с целью проверить влияние самого терапевта. Третья контрольная группа не проходила лечения. Оценки на основании MMPI показали существенное улучшение только в экспериментальной группе. Булугурс и Маркс (1969) в предварительном отчете описывают обнадеживающие реакции в среднем после четырнадцати сеансов имплозивной терапии у трех из четырех пациентов, лечившихся в связи с фобиями (двое страдали агорафобией и один — фобией пауков). Пациент, который не отреагировал на лечение, был единственным,

имеющим симптомы чистого, неопределенного нефобического страха.

В исследованиях имплозивной терапии, проводимых на студентах, боявшихся крыс, четырнадцать студентов из двадцати одного смогли взять крысу в руки, в то время как в контрольной группе (22 человека) это смогли сделать только двое (Hogan and Kirchner, 1967). При исследовании студентов, боявшихся змей, в десяти случаях использовали имплозивную терапию, в десяти — электрошоковую психотерапию и в десяти случаях — библиотерапию. Сравнение результатов исследования показало, что десять из пятнадцати пациентов, безрезультатно лечившихся с помощью двух последних методов, смогли взять змею в руки после 45-минутного сеанса имплозивной терапии.

Эффективность инструментального обусловливания

Хотя есть много сообщений об использовании методов инструментального обусловливания, большинство из них касаются единичных или немногочисленных случаев. Те из них, которые охватывают достаточное количество пациентов, часто носят экспериментальный характер и предназначены скорее для проверки использования модели инструментального обусловливания, чем реального лечения.

Петерс и Дженкинс (1954) провели исследования на тему организации для постоянно госпитализированных пациентов программы, состоящей из определенных заданий, за выполнение которых пациенты получали награждение в виде еды (предварительно у них с помощью инсулина было вызвано чувство голода). Они разделили пациентов на три группы по двенадцать человек. Членам одной группы вводили инсулин, после чего они могли получить пищу в качестве награды за правильно выполненное задание. Две оставшиеся группы были контрольными. Чтобы изучить влияние инсулина и личной заинтересованности, пациентам первой группы вводили дозу инсулина, после чего они получали пищу независимо от выполнения заданий. Во второй контрольной группе лечение не проводилось. Результаты оценивались после 3-месячного эксперимента и после 6 месяцев наблюдений за катамнезом. Социальное поведение пациентов из экспериментальной группы сущест-

венно улучшилось. Это проявилось в уменьшении количества инцидентов на отделении, в резком снижении случаев самотравмирования и обострения симптомов при выходе за пределы отделения и посещении дома.

Кинг и соавт. (1960) подтвердили, что программа решения заданий, основанная на инструментальном обусловливании, может привести к существенным улучшениям клинического состояния госпитализированных пациентов. Они разделили пациентов на четыре группы по двенадцать человек. Экспериментальную группу сравнивали с группой пациентов, лечившихся с помощью реактивной психотерапии, и с группой, остававшейся без лечения. Выяснилось, что в экспериментальной группе улучшения были намного значительнее и сохранялись дольше, чем в других.

Была сделана предварительная оценка использования «политики жетонов» *(token economy)* на психиатрическом отделении. Эттоуи и Krasner (1968) оценивали состояние шестидесяти пациентов, в основном хронических шизофреников, во время 6-месячного наблюдения, а затем во время использования в течение 11 месяцев политики жетонов. Следовательно, те же пациенты были для самих себя контрольной группой. Улучшения наблюдались в различных проявлениях поведения, например, в участии в групповой деятельности и получении «увольнительных». Кроме того, по сравнению с предыдущим периодом (те же 11 месяцев) было выписано в два раза больше пациентов. Однако половину из них в течение 9 месяцев пришлось принять обратно.

Ведение отделения но принципам инструментального обусловливания при активном сотрудничестве небольших групп пациентов может также привести к увеличению социализации, уменьшению срока пребывания в больнице и улучшению возможности последующего трудоустройства. Фейрвевер (1964), сравнивая подобранные группы взрослых шизофреников, восемьдесят четыре из которых проходили лечение на традиционном отделении, а сто одиннадцать лечились в небольших группах, отметил во втором случае более значительное улучшение по тем же переменным. Однако количество рецидивов оставалось на том же уровне. Тем не менее, во втором исследовании Фейрвевер и соавт. (1969) показали, что если программа инструментального обусловливания, начатая в больнице, продолжается в социальном общежитии, то улучшение,

измеряемое адаптацией к работе, сохраняется у намного большего числа пациентов.

Щвитцгебель и Кольб (1964) оценивали результаты использования метода инструментального обусловливания при лечении двадцати малолетних преступников. Контрольную группу составляла нелечившаяся молодежь, подобранная с учетом возраста, характера первого правонарушения, национальности, религии, местожительства и срока пребывания в тюрьме. Пациенты, которых лечили, получали небольшие награды, обычно денежные, за участие в занятиях и записывание на магнитофон своего личного опыта, а позже за конструктивное выполнение заданий. Спустя 9 месяцев всех отпустили работать полный рабочий день, учиться в профтехучилищах и служить в армии. Трехлетние наблюдения за катамнезом показали, что существенно уменьшилась частота и интенсивность последующих правонарушений, но не уменьшилось количество тех, кто вынужден был вернуться в тюрьму или в исправительное учреждение.

Выводы

В свете представленного обзора результатов полученных с помощью поведенческой терапии можно обсуждать, эффективна ли она, но такой вопрос слишком широк, чтобы па него можно было дать однозначный ответ. Обязательным условием была бы недостижимая гомогенность и уже многократно обсуждавшийся мифический принцип однородности пациентов и терапевтов. Важнее ответить на вопрос, какого рода симптомы у какого типа пациентов можно изменить с помощью методов лечения, насколько глубоки эти изменения и как долго они сохраняются. В настоящее время можно ответить лишь на отдельные вопросы с различной степенью уверенности, если принимать только надежные доказательства. Поведенческая терапия является молодой наукой, однако предварительная и несовершенная оценка ее эффективности успешно конкурирует с оценкой других психологических форм лечения. Но это не повод для самодовольства. Необходимо проводить очередные клинические и экспериментальные исследования поведенческой терапии.

До сих пор нет доказательств того, что поведенческие методы дают худшие результаты по сравнению с другими методами, о чем свидетельствуют сравнительные исследования, пред-

ставленные в данной главе. Частота и продолжительность поведенческого лечения обычно меньше, и вряд ли оно вреднее или опаснее, чем остальные методы. Во время лечения появлялись новые симптомы; «социальные последствия». Однако они появлялись у пациентов, лечившихся поведенческими методами, не чаще, чем при использовании других методов или при отсутствии лечения. Трудно дать определение «нового симптома» и установить его связь с симптомом, из-за которого назначено лечение. Эта проблема широко обсуждалась в последнее время (Crips, 1996; Cahoon, 1968), но, кажется, сейчас можно смело утверждать, что замещение симптомов, ослабленных в результате поведенческой терапии, новыми симптомами, не является особым риском. Это открытие имеет важное теоретическое значение, поскольку до тех пор, пока симптомы считаются следствием лежащего в их основе заболевания, как сыпь при кори, согласно теоретическим предпосылкам, можно ожидать, что после их устранения они возникнут снова или появятся новые, пока не закончится лежащая в их основе болезнь. В психиатрической литературе сообщается о драматической и опасной субституции симптомов. Например, Букбиндер (1962) приводит два таких случая после гипнотерапии и считает, что важным фактором, способствующим их возникновению, является неожиданное устранение симптомов. Однако в теориях научения есть указания, касающиеся обстоятельств, при которых может возникнуть явление субституции, если проигнорировать определенные терапевтические процедуры (Cahoon, 1968).

Многие считают, что методы поведенческой терапии могут приводить к ослаблению или устранению отдельных симптомов без систематических попыток отследить их причины и развитие или попыток обширных изменений личности пациента. Однако следует помнить, что поведенческая терапия использовалась для лечения только отобранных группы пациентов — обычно тех, у кого были довольно изолированные симптомы. Результаты лечения пациентов с более обширной симптоматикой были относительно хуже.

Есть доказательства, что пациенты с одиночными фобиями лучше реагируют на систематическую десенсибилизацию, чем на другие виды терапии, например на индивидуальную или групповую терапию, некоторые виды расслабления, внушение и гипноз или отсутствие лечения. Есть также предварительные до-

казательства того, что имплозивные методы и методы моделирования (имитации) могут быть эффективными при лечении некоторых видов страха. По всей вероятности, агорафобия с умеренными симптомами лучше излечивается методом десенсибилизации, чем с помощью индивидуальной или групповой психотерапии. При сильной агорафобии поведенческая терапия менее эффективна, но и в этом случае ее эффективность немного выше, чем психотерапии.

Описания различных исследований, приведенные в этой главе, порождают сомнения в целесообразности предложения Айзенка считать основой при оценке результатов лечения неврозов 70 процентов самопроизвольных ремиссий из-за упоминавшегося разнообразия результатов.

Доказательства эффективности аверсивных методов поведенческой терапии менее убедительны. Ранние попытки лечения алкоголизма фармакологическими аверсивными методами не привели к впечатляющим результатам. Хотя еще очень мало экспериментальных данных, все же обусловливание реакции избегания с помощью электрошока представляется весьма перспективным методом, который может сыграть важную роль при лечении трансвестизма, садомазохизма, фетишизма и гомосексуализма. Эти состояния обычно не поддаются лечению другими методами, включая психоанализ.

По всей вероятности, методы обусловливания наиболее эффективно и быстро прекращают энурез, но процент рецидивов остается слишком высоким. Немногочисленные обширные клинические исследования методов инструментального обусловливания однозначно демонстрируют, что они могут существенно влиять на поведение индивида. Речь и социальное поведение пациентов, госпитализированных в связи с хронической шизофренией, и состояние детей, страдающих аутизмом, улучшились, и эти улучшения сохранялись за пределами больницы. Однако в целом возможность переноса инструментальных реакций за пределы больницы ограничена, а частота возвращений больных почти не изменяется.

Поведенческие теоретики были не слишком обеспокоены рецидивами заболеваний, они могли объяснить это в категориях научения. Айзенк (1963а) доказывает, что рецидивы при «добавочных расстройствах» не должны часто появляться, поскольку каждое угасательное торможение, возникающее в результате случайных жизненных событий, помогает терапевту.

Для объяснения причин появления новых симптомов или рецидива старых служат те же механизмы, при помощи которых объясняется возникновение первичных оригинальных симптомов. Однако в случае социально неприемлемого поведения, которое лечат с помощью аверсивных методов, угасательное торможение, возникающее после завершения лечения, приведет к ослаблению обусловленных реакций избегания, являвшихся «лечебным средством». Айзенк обращает внимание на то, что нет эмпирических данных, подтверждающих эти гипотезы, однако он считает, что может опираться на клинические данные.

В заключение можно сказать, что собрано достаточно доказательств того, что некоторые методы поведенческой терапии благотворно влияют на определенные типы психических расстройств. Вероятно, в настоящее время степень успеха ограничена концепциями и методологическими требованиями контролируемых экспериментальных исследований. Теоретические рассуждения привели к попыткам наиболее полного исследования отдельных моделей лечения. Например, концепции, основанные на системе Скиннера, ориентированы на клиническое исследование проблем, связанных с хорошо определенными явными поведенческими реакциями, которые лучше всего подходят для инструментальной модели. Методологические рассуждения нуждаются в контроле, что выражается во введении стандартизированных методов и игнорировании явных индивидуальных различий. К сожалению, в результате возникает суженный, довольно жесткий подход. Полностью избежать этого невозможно, но как тактический метод, соединенный с доказательствами, следующими из анализа случая, он может дать важную информацию. Однако выбор только экспериментального подхода неуклонно приводит к уменьшению шансов открыть всю сферу применения поведенческой терапии.

Глава 6. СПЕЦИФИЧНЫЕ ФАКТОРЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

В предыдущих главах описаны некоторые методы поведенческой терапии и их теоретические основы, а также приведены экспериментальные данные, подтверждающие их эффективность. К сожалению, выявление улучшений — даже в контролируемых исследованиях — не подкрепляет теории и не доказывает, что терапевтический эффект вызван оригинальными методами лечения, которые используются в поведенческой терапии. Обстоятельства лечения всегда сложны, их формирует такое большое количество переменных, связанных с пациентом, терапевтом, способом лечения, что при описании и анализе лечения не удается выявить их все, Когда возникает необходимость выбора данных, которые следует учесть в ходе лечения, существует опасность, что наше незнание или предубеждения не позволят выявить важные переменные. Независимо от всех специфичных факторов, предположительно действующих при лечении данным методом, существуют и неспецифичные факторы, например, способ направления в больницу, тип отделения, ход психиатрических исследований, уровень ухода в больнице, внушение, убеждение и правильный терапевтический союз (см. Frank, 1961). Без строгого контроля за экспериментом рискованно приписывать терапевтические изменения какой-то одной переменной. Разумеется, желательно определить факторы, от которых, в первую очередь, зависит успех лечения данным методом, поскольку это будет способствовать лучшему пониманию теоретических основ и позволит усовершенствовать терапевтические средства. Данная глава посвящена обсуждению некоторых теоретических и экспериментальных исследований сущности специфичных учебных процедур в поведенческой терапии. В следующей

главе внимание уделяется оценке роли, которую в этой терапии играют когнитивные и неспецифичные факторы, а также другим видам психологического лечения, которые могут обладать определенным лечебным воздействием.

Экспериментальные исследования десенсибилизации, имплозивного метода и подражания.

Значительная часть исследований посвящена систематической десенсибилизации. Внимание в основном уделялось двум аспектам. К первому относилось исследование методов, используемых на практике, — прогрессивного воздействия фобических стимулов и обусловливания противоположной реакции, например расслабления. Второй касался обоснованности теоретического объяснения метода Вольпе, в котором автор ссылается на взаимное торможение» («reciprocal inhibition»).

Мнение Ломонта (Lomont, 1965), основанное на грамотно проводившихся опытах на животных и гласящее, что в основе систематической десенсибилизации может лежать процесс торможения, вызвало появление многочисленных исследовательских работ. Разумеется, методы систематической десенсибилизации создают условия для появления угасания, которое происходит тогда, когда больной подвергается воздействию условных фобических стимулов без последующего подкрепления в виде безусловного аверсивного раздражителя. Вольпин отвергает такую возможность, ссылаясь на огромную устойчивость к угасанию условных реакций избегания. Но это может быть вызвано тем фактом, что в повседневной жизни реакция избегания обычно препятствует повторному, достаточно продолжительному для появления угасания, воздействию условных стимулов. Напротив, во время лечебного сеанса, когда пациенту предлагают представлять себе фобические стимулы, он не может прибегнуть к реакции избегания. Следовательно, стойкость реакции избегания к угасанию в естественных условиях не противоречит возможности появления угасания в терапевтической ситуации. Кимбл (1961) напоминает о том, что частота появления исключений из общего правила стойкости реакции избегания к угасанию создает проблемы.

Туманная терминология, вызванная неучтенными различиями между используемыми на практике методами и теоретическими концепциями, не способствует решению этих проблем (см. Evans and Wilson, 1968). Итак, угасанием именуется вид опыта, в то время как переобусловливанию иногда придается значение теоретического объяснения классического угасания, а в других случаях так называют конкретную процедуру, направленную на обусловливание новой реакции на данный УР. Учитывая нейрофизиологические процессы, которые, по мнению Вольпе, проходят в рамках «взаимного торможения», лучше оставить этот термин для теоретического объяснения лечения, заключающегося во «взаимном торможении». Однако Вольпе использует термины «взаимное торможение» и «переобусловливание» по очереди, поэтому не всегда понятно, в каком значении они употребляются. Довольно трудно понять и следующие предложения: «...остается открытым вопрос, является ли концепция взаимного торможения или переобусловливания более подходящей для объяснения лечения с помощью взаимного торможения, чем угасание» (Lomont, 1965) или «...это означает, что возникающий процесс научения является скорее условным торможением, а не угасанием» (Rachman, 1965Ь).

Процесс систематической десенсибилизации обычно состоит из трех специфичных элементов. Первый заключается в многократном воздействии на данного индивида условных стимулов, вызывающих страх, второй — в постепенной демонстрации: от самых слабых стимулов, вызывающих страх, до наиболее интенсивных. Наконец, третий элемент этого процесса — обусловлива-ние альтернативной реакции, например релаксации при воздействии УР. Если эффект систематической десенсибилизации связан с самим повторяющимся воздействием УР (первый элемент), то его можно объяснить экспериментальным угасанием. Если выяснится, что на результаты лечения влияет постепенная демонстрация стимулов, то можно связывать эффективность лечения с экспериментальным угасанием. Но если окажется, что на клинический результат влияет третий элемент систематической десенсибилизации {появление альтернативной реакции пол воздействием стимулов, вызывающих страх), то это будет свидетельствовать о том, что результаты лечения этим методом прежде всего зависят от процедуры переобусловливания, а угасанию принадлежит, возможно, второстепенная роль.

Можно найти описания нескольких экспериментов с людьми и животными, касающихся данной проблемы. Ломонт (1965) приводит данные из опытов на животных, в которых предотвращение или отсрочка бегства перед условным раздражителем, вызывающим страх, приводили к ослаблению прежней реакции избегания и к испугу. Это достигается с помощью связывания животного в экспериментальной клетке или предотвращения выполнения реакции избегания с помощью паралича мышц ядом кураре. Оригинальный опыт Делюле и Карлсона (1964) демонстрирует влияние продления действия УР. В их опыте, в котором воздействие аверсивного раздражителя было продлено, угасание реакций избегания у крыс проходило быстрее.

Открытие, что имплозивные методы уменьшают страх (см. главу 4), имеет важное значение, поскольку доказывает, что процедуры, в которых продлевается воздействие аверсивных раздражителей, но не наступает неправильная реакция, могут иметь терапевтический эффект. Ломонт (1965) указывает на то, что уже само ограничение свободы может предотвратить выученную реакцию избегания, но не обязательно приводит к угасанию условного страха. Ключевым моментом, решающим, возрастет или понизится страх у людей, может быть продолжительность воздействия раздражителя, вызывающего страх. Вольпин и Райнес (1966) показали, что представление в воображении картины, вызывающей самый сильный испуг, в том числе хватания змеи (здесь это служит проверкой) продолжительностью до 10 минут, эффективно уменьшало фобию змей. Хоган и Кирхнер (1967) успешно использовали имплозивный метод для лечения фобии крыс. Они просили пациентов представить себе серию пугающих картин в течение 45 минут. Рахман (1966а) не смог устранить фобию паукое у трех пациентов, попросив их представить себе в течение 1 минут наиболее пугающие позиции из иерархии, за исключением проверочной реакции (*criterion response*). Пытаясь объяснить столь различные результаты, Рахман предполагает, что решающими факторами угасания страха могут быть продолжительность, интенсивность и характер воздействия раздражителей. Вольпин и Райнес, а также Хоган и Кирхнер использовали более длительное воздействие, чем Рахман. Уилсон (1967) обратил внимание на то обстоятельство, что Вольпин и Райнес попросили своих пациентов представить себе успешно осуществленную

проверочную реакцию (взятие змеи в руки), а Рахман требовал от пациентов представить свои реакции страха на наиболее пугающие позиции иерархии за исключением проверочной реакции. Тем не менее, подопечные Хогана и Кирхнера избавлялись от фобии без воображения реальной проверочной реакции. Это побудило Штауба (1968) предположить, что ключевым моментом, от которого зависит успех имплозивного метода, может быть длительность воздействия раздражителя, вызывающего страх. Он считает, что длительное воздействие раздражителя может вызвать состояние сильного возбуждения, которое активизирует гомеостатические механизмы торможения. Кроме того, Штауб предполагает, что длительное воздействие лучше помогает человеку осознать, что никаких отрицательных последствий не будет.

Разумеется, проблема «испытания действительности» (*reality testing)* или перемены ожиданий в имплозивной терапии является более сложной, чем при десенсибилизации. При десенсибилизации субъект представляет себе условные стимулы, вызывающие страх, которые в действительности безопасны, а во время терапии «погружения» происходит представление пугающих сцен, которые могут быть опасны в действительности. Предполагается, что субъект учится отличать фантазию от реальности. Stampl полагает, что все аверсивные раздражители, действующие в воображении, являются условными стимулами второй степени. Очень высокий уровень эмоционального возбуждения при лечении имплозивными методами впечатляет клинициста, который часто видит сходство с реакциями, возникающими самопроизвольно или во время психоанализа и гипнотерапии. Часто сразу после отреагирования наступает улучшение и даже выздоровление, но, к сожалению, у значительной части пациентов возникают рецидивы. Есть противоречия в теории, рассматривающей терапевтические результаты отреагирования. Возможно, что благоприятные результаты имплозивной терапии зависят от угасательного торможения реакции страха в результате распознания и представления специфичных стимулов, которые его вызывают. Но следует рассмотреть также альтернативное объяснение: отреагированию или катарсису свойствен неспецифичный эффект, смягчающий беспокойство и другие невротические симптомы, который зависит от уровня эмоционального возбуждения и особенностей его проявления; содержание фантазий имеет в этом случае

второстепенное значение. Эмпирические данные, полученные в результате сравнения отреагирования со специфичными стимулами и без них, могли бы прояснить данный вопрос. Необходимы также дальнейшие исследования с целью контроля сильного эффекта типа «плацебо», которого можно ожидать после драматического метода лечения.

Описанные выше эксперименты с животными и людьми показывают, что задерживание бегства от обусловленного защитного стимула без добавления явной процедуры переусловливания может вызвать угасание реакции избегания и страх. Имплозивные методы, которые предусматривают длительное воздействие условных раздражителей страха на индивида, могут облегчить угасание страха. Однако в рамках систематической десенсибилизации и переобусловливания происходит как возбуждение и укрепление альтернативных реакций, так и воздействие условного стимула, вызывающего страх. Приводит ли этот дополняющий метод переобусловливания к большему уменьшению страха, чем приписывается самому угасанию?

Несколько раз делались попытки провести контрольные сравнительные исследования процедуры переобусловливания и метода угасательного торможения. В одном из них, проведенном Гейлом и соавт. (1966), восемнадцать крыс подверглись процедуре классического обусловливания, при которой звуку сопутствовал сильный электрошок. Для объективного измерения обусловленного страха использовалась дефекация. Были подобраны три группы по массе выделенного кала. Первая группа подверглась процедуре угасания, во время которой подавались серии звуков, постепенно сближавшихся с первичным УР. Во второй группе использовалась та же процедура с добавлением пищи в качестве стимула для реакции, противоположной страху. В третьей, контрольной группе проверялись самопроизвольные изменения во время эксперимента. Во второй группе отмечалась значительно более быстрое уменьшение условного страха (измеряемого дефекацией), чем в первой группе, но сама процедура угасательного торможения также приводила к существенному уменьшению страха по сравнению с контрольной группой. Результаты этого исследования указывают на превалирование — в данных условиях -- процедуры переобусловливания над самим угасанием. Однако не было отмечено различий в быстроте повторного обусловливания первичной реакции страха. Вероятно, это можно объяснить тем,

что группа, которая подверглась переобусловливанию, перестала реагировать раньше, чем группа, подвергнутая «угасанию» в процессе процедуры устранения обусловленной реакции, и, следовательно, подверглась многочисленным пробам запредельного торможения.

Гэмбрилл (1967) провел экспериментальное сравнение эффективности метода переобусловливания и процедуры угасания при устранении реакции избегания. Сорок три крысы были научены крутить колесо, чтобы избежать очередного, соответствующего графику электротока. Затем выбрали крыс с приблизительно такой же силой реакции избегания и случайным образом разбили на пять групп. Первую группу научили поднимать рычаг, чтобы получить корм, а затем подвергли процедуре противоположного обусловливания, которая заключалась в том, что реакция поднимания рычага по-прежнему награждалась, а отказ крутить колесо не вызывал электрошока. Во второй группе проводилась такая же процедура, за исключением того, что переобусловленная реакция поднятия рычага не награждалась. В третьей группе провели такую же процедуру, но потом крысы не могли поднимать рычаг (его убрали). Крысы из четвертой группы вначале имели доступ к рычагу, но их не учили поднимать его, чтобы получить награду; при попытках угасательного торможения рычаг находился в клетке. Крыс из пятой группы не учили дополнительным реакциям и подвергли классической процедуре угасательного торможения.

Метод переобусловливания (первая группа), при котором альтернативная реакция доступна и вызывает подкрепление, оказался более эффективным при уменьшении силы реакции избегания, чем классический метод угасательного торможения (пятая группа). Эта реакция отмечалась только во время первого сеанса, и когда соперничающая реакция прекратилась вместе с удалением рычага после третьего опыта, только у крыс из первой группы наблюдалось значительное усиление реакции избегания. Кроме того, с помощью всех методов удалось устранить реакцию избегания после десяти попыток угасания. Это происходило тем быстрее, чем полнее была представлена соперничающая реакция. Следовательно, это исследование также подтверждает открытие Гейла, что переобусловливание приводит к значительно более быстрому уменьшению силы реакции избегания, чем процедура угасательного торможения. Оба исследования показывают, что сама процедура уга-

сательного торможения может вызвать некоторое уменьшение избегательного поведения, но из эксперимента Гэмбрилл следует, что с помощью метода переобусловливании (как и наказания, совмещенного с процедурой угасательного торможения) достигается немедленный эффект в виде ослабления силы реакции; однако если новая реакция встретит препятствия, реакция избегания усилится.

Гэмбрилл не использовал метод постепенной демонстрации стимулов, связанных с реакцией избегания. Ломонт считает, что этот «принцип прогрессии» является важным качеством процедуры «взаимного торможения», которая еще недостаточно изучена. Большинство опытов па животных в этой области касались угасательного торможения раздражителя, вызывающего самый сильный испуг, и в меньшей степени — всей иерархии. В опыте, который Ломонт не приводит, Кимбл и Кендалл (1953) показали, что крысы, подвергнутые процедуре угасания, в которых многократно присутствовал световой УР первичной интенсивности, медленнее избавлялись от реакции избегания, чем крысы, подвергнутые световому УР постепенно возрастающей интенсивности.

Опыт Аграса (1965) подтверждает тезис Ломонта, что процесс угасания может произойти во время процедуры «взаимного торможения». При систематической десенсибилизации шести больных с фобиями отмечалась значительная частота «самопроизвольных рецидивов» беспокойства (измеряемого методом сопротивления кожи) в ответ на демонстрирование позиций, прежде уже успешно разработанных. Ломонт комментирует это так: при обычном угасании самопроизвольный рецидив — обычное явление, но неизвестно, чем его объяснить при переобусловливании, когда за устранение старой реакции отвечает образование новой.

На основании описанных экспериментов с людьми и животными можно бы было согласиться с прежним мнением Ломонта (1965), который писал, что не знает точно, насколько эффективность систематической десенсибилизации Вольпе зависит от переобусловливания, а насколько — от угасательного торможения. Однако новейшие исследования на людях выдвигают на первый план роль переобусловливания.

Ломонт и Эдвардс (1967) провели опыт, стремясь определить, зависит ли эффективность систематической десенсибилизации от близости мышечного расслабления к воображае-

мой ситуации страха, или же на результаты лечения влияют переобусловливание или угасание. В опыте использовалась сложная система и был налажен строгий контроль. Двадцать две студентки с фобией пауков были разделены на две лечебные группы. Одна группа подверглась систематической десенсибилизации, причем процедура отличалась от обычной тем, что от пациенток требовали слегка напрягать мускулы во время воображения каждого объекта, вызывающего страх, — это было стандартизировано механически. После окончания воображения сцены или при признаках беспокойства — в зависимости от того, что произошло ранее, — следовали 20 секунд релаксации. Вторую группу подвергли той же процедуре, но без расслабления (угасательная процедура). Оказалось, что систематическая десенсибилизация вызывала существенно лучшие результаты уменьшения страха по трем аспектам из пяти принятых для его измерения, чем процедура угасания, которая, по-видимому, была совершенно неэффективной.

Дэвисон (1968b) исследовал лечение студентов с фобией змей. Было выбрано двадцать восемь человек с учетом интенсивности избегания змей и предписан один из четырех методов лечения. Восемь студентов проходили обычную процедуру систематической десенсибилизации. Восьмерых подвергли «псевдодесенсибилизации», которая совпадала с первой процедурой, за исключением того, что при выборе сцен, которым сопутствовала релаксация, вызвались нейтральные и, в принципе, несущественные детские воспоминания. В третьей группе из восьми человек представлялись те лес объекты из иерархии фобии змей, что и в первой группе, но без релаксации. Четырех пациентов, входящих в четвертую группу, вообще не лечили. Чтобы добиться одинаковых продолжительности и количества сеансов, а также воздействия стимулов, членов первой, второй и третьей групп соединили в тройки. Всех пациентов оценивали до и после эксперимента с помощью теста избегания змей (напоминающим тест, использованный Лангом и Лазовиком, 1963), а также самооценки по десятибалльной шкале страха. Все лечение — максимально девять сеансов — проводил один и тот же терапевт, а результаты оценивал сотрудник, не принимавший участия в лечении.

Данный эксперимент показал, что только у пациентов, прошедших систематическую десенсибилизацию, наступило значительное ограничение избегания и по их собственной оценке уменьшился страх. Пятеро из восьми студентов успели пройти всю

иерархию страха в течение девяти сеансов, а четверо смогли выполнить кульминационное задание — взять змею в руки. В группе с псевдодесенсибилизацией наблюдалось незначительное улучшение, а после лечения только один пациент смог взять змею. Ни один студент из группы, подвергнутой только воздействию стимулов, и из четвертой группы не показал улучшения и не смог держать змею. Было отмечено, что члены группы, в которой применялось только воздействие стимулов, чаще проявляли беспокойство во время сеансов, чем студенты, подвергнутые десенсибилизации. Была установлена корреляция 0,81 между уменьшением страха и поведением сближения. Это говорит о том, что у пациентов, у которых отмечено наибольшее уменьшение страха, наблюдался самый большой прирост поведения сближения.

Эти исследования показали, что ни постепенная демонстрация стимулов, ни релаксация сами по себе не уменьшали страха и избегания и только их комбинация была эффективной. Дэви-сон пришел к выводу, что его результаты поддерживают «гипотезу о том, что поведенческие изменения, вызванные систематической десенсибилизацией, являются отражением процесса переобусловливания», поскольку выясняется, что существенные изменения — это результат ассоциирования тормозящих беспокойство расслабляющих реакций с фобическими стимулами. Данный опыт также подтверждает эффективность систематической десенсибилизации при лечении изолированных страхов у добровольцев и дает косвенные доказательства того, что результат нельзя объяснить исключительно надеждами на улучшение, которые питает пациент, и взаимодействием с терапевтом.

Рахман (1965Б) воспользовался подобной схемой для исследования данной проблемы. Двенадцать добровольцев с фобией пауков разделили на четыре группы: систематической десенсибилизации, постепенного демонстрирования аверсивных раздражителей без расслабления, просто расслабления и контрольную группу без лечения. Вновь существенное уменьшение страха было отмечено только в группе, подвергнутой систематической десенсибилизации, причем улучшение сохранялось в течение 3 месяцев наблюдений за катамнезом. Выводы Рахмана, менее весомые из-за низкой выборки, практически совпадают с выводами Дэвисона. Рахман не исключает участия угасания в уменьшении страха хотя бы в отдельных случаях, но пишет, что «в данных обстоятельствах торможение является более эффективным процессом».

В другом подобном исследовании Кондас (1967а) двадцати трех учеников и тринадцати студентов-психологов сравнивал процедуры систематической десенсибилизации, постепенного демонстрирования стимулов и расслабления при лечении чрезмерного страха перед экзаменами в школе и в университете. Лечение проводилось в группах, а результаты оценивались с помощью шкалы страха и измерения потливости рук во время экзаменов в школе. Результаты по большей части совпадают с результатами Дэвисона и Рахмана, за исключением того, что опросник страха выявил существенное улучшение у детей, которые подвергались только расслаблению. К сожалению, исследование плохо контролировалось. Группы не были подобраны в соответствии с интенсивностью беспокойства, не соблюдался принцип одинакового количества сеансов, детям из группы «только расслабление» предписали выполнять упражнение на расслабление также в классе, наконец, добросовестность оценки результатов вызывает сомнения. Поэтому возможно, что отмеченное улучшение на шкале страха в группе, в которой использовалось только расслабление, вызвано нарушением строгости опыта. Однако Цайсет (1968) в работе, упомянутой в предыдущей главе, также отметил, что метод расслабления действительно уменьшает страх (страх перед интервью у психически больных). Учитывая, что Цайсет не пытался обусловить новую, противоположную реакцию в своей группе, которой он внушал лозунг «расслабление плюс неуступчивость», трудного объяснить эффективность этого метода. То, что внушение могло играть важную роль, довольно сомнительно, поскольку группа, В которой вызывалось почтение к речам терапевта и использовался эффект плацебо, не показала улучшения. Дэвисон (1969) полагал, что успешный тренинг дифференцированного расслабления позволял пациентам почувствовать, что они сами уменьшают свои страхи, и ощутить самоконтроль. Ощущение этой способности могло склонять их заниматься расслаблением между сеансами при появлении фобических или родственных стимулов страха; таким образом, они могли заниматься самодесенсибилизацией.

Кук (1968) сравнивал эффективность при лечении фобии крыс: систематической десенсибилизации, постепенного воображения позиций иерархии без расслабления и самого расслабления. Пятьдесят студентов-добровольцев разделили на пять групп по десять человек. В первой провели один сеанс

упражнений на релаксацию и построение иерархии, а затем — пять сеансов систематической десенсибилизации. Во второй группе провели пять сеансов постепенной демонстрации без релаксации после вступительного сеанса упражнений на релаксацию и построение иерархии. В третьей группе провели предварительный сеанс упражнений на релаксацию и построение иерархии, а затем — пять сеансов расслабления. Для четвертой группы организовали один сеанс составления схемы иерархии, в пятой группе лечение не проводилось. Страх перед крысами измеряли с помощью опросника и теста избегания, результаты оценивали три независимых эксперта. Оказалось, что использование как систематической десенсибилизации, так и постепенного демонстрирования иерархии дало существенное улучшение. Как и в опыте Ланга и Лазовика (1963), наиболее существенное улучшение было отмечено у тех пациентов, которые успели пройти всю иерархию. Кук полагает, что процесс угасания лучше объясняет эти клинические результаты, чем переобусловливание. Если последнее играет какую-то роль в лечении, то несомненно можно ожидать, что процедура систематической десенсибилизации превосходит Другие. Тем не менее, вполне возможно, что переобусловливание все-таки имело место во время сеансов постепенного демонстрирования позиций иерархии, поскольку пациенты предварительно получили тренинг расслабления; поэтому они могли расслабляться «в глубине себя» во время демонстрирования позиций иерархии или чувствовать себя спокойно в присутствии терапевта. В любом случае им рекомендовали сообщать об ощущениях беспокойства, а позиции иерархии демонстрировали до тех пор, пока они не вызывали беспокойства. В этих условиях могло произойти переобусловливание.

В эксперименте с другими условиями Фолкинс и соавт. (1968) открыли, что воображение позиций иерархии без расслабления (познавательные разминки) превосходило по эффективности процедуры, приблизительно соответствующие систематической десенсибилизации и расслаблению, когда речь шла об уменьшении беспокойства, вызванного фильмом с несчастным случаем. Это говорит о том, что эмоциональные реакции можно уменьшать не только с помощью систематической десенсибилизации. Разумеется, в этом исследовании систематическая десенсибилизация не была исследована полностью.

Мур (1965) смогла отчасти ознакомиться с процессами, происходящими во время систематической десенсибилизации по несколько другой схеме. Она поставила перед собой задачу сравнить результаты использования систематической десенсибилизации, расслабления и внушения, а также только расслабления, у двенадцати больных, страдавших бронхиальной астмой и направлявшихся по очереди в легочное отделение больницы. При систематической десенсибилизации использовались три иерархии. Одна была составлена из позиций, относящихся к реальному приступу астмы, другая — из существенных аллергических и инфекционных факторов, а третья — из психологически стрессогенных ситуаций, выделенных на основании психодинамической концепции. В ходе процедур расслабления и внушения пациенты прошли тренинг глубокого расслабления, их также убеждали в том, что их состояние улучшится по многим конкретным параметрам. Всем пациентам рекомендовали использовать дома упражнения на расслабление. Мур использовала сбалансированную неполную систему блоков, с помощью которой больные контролировали сами себя. Было шесть блоков, которые исчерпывали каждую комбинацию и эпизод лечения. По жребию каждый блок достался одному взрослому и одному ребенку. Каждый пациент прошел две из трех лечебных процедур во время двух 8-недельных циклов еженедельных сеансов с недельным перерывом между циклами. Результаты лечения оценивались с помощью сопоставления субъективного отчета пациента о частоте приступов и измерений вентиляции легких. Субъективное улучшение вначале было зафиксировано во всех лечебных группах, но если в группе десенсибилизации оно постепенно закреплялось, то в других со временем уменьшалось. Все лечебные процедуры вызвали объективные улучшения вентиляции легких, но лучшие результаты были получены в группе десенсибилизации. Из-за того, что каждый пациент подвергался двум методам лечения, эксперимент не позволяет оценить отдаленные результаты. Однако в течение последующих 6 месяцев ни у одного больного не наступило обострение.

Данный опыт важен, поскольку исследовались больные, а не добровольцы — «не-больные». Это была первая контролируемая попытка оценить эффективность использования систематической десенсибилизации при бронхиальной астме. К сожалению, условия опыта ограничивают выводы, которые из

него можно сделать. Невозможно с точностью оценить возможное влияние лечения в первом цикле на лечение во втором. Кроме того, хотя данный эксперимент показывает превосходство систематической десенсибилизации над расслаблением или над расслаблением и внушением, в нем не отделяется эффект постепенного демонстрирования стимулов от эффекта расслабления. Учитывая это, вывод автора: «обнаружено, что основным фактором при десенсибилизации является взаимное торможение», — следует считать необоснованным.

Маркс и соавт. (1968) сравнивали результаты систематической десенсибилизации с результатами внушения во время расслабления, вызванного гипнозом у больных с фобиями. Двадцати восьми амбулаторным пациентам назначали в случайном порядке одну из двух лечебных процедур. Группе, подвергнутой систематической десенсибилизации, рекомендовали упражняться в повседневной жизни в воображении объектов, не вызывающих беспокойства. Второй группе под гипнозом усиленно внушали мысль об улучшении. Их не просили воображать специфические фобические ситуации и упражняться в постепенных заданиях в повседневной жизни. Обе группы прошли двенадцать лечебных сеансов с недельными перерывами. Через 6 недель пациенты, у которых не было улучшения, прошли 12-недельный цикл альтернативного лечения. В момент окончания этого «попеременного» лечения двадцать три больных прошли десенсибилизацию, а восемнадцать — гипноз.

Результаты показывают, что с помощью обоих способов лечения достигнуто значительное уменьшение фобий. Хотя все оценивающие лечение соглашались, что десенсибилизация дала более значительное улучшение, чем гипноз, разница была существенной лишь на одной шкале оценок. На основании статистической оценки двадцати девяти переменных нельзя было считать прогностической ценной ни одну из них. Анализ факторов с помощью ранее составленного прогностического опросника (Gelder и соавт., 1967) также не выявил ни одного фактора, пригодного для прогноза. Однако была отмечена существенная корреляция между интроверсией и улучшением при гипнозе.

Отсутствие существенной разницы между систематической десенсибилизацией и гипнозом при лечении фобии, вероятно, приводит Маркса и соавт. (1968) в некоторое замешательство. Обсуждая причины данного факта, они делают предположе-

ние, основанное на данных из предыдущих опытов, что оценка после 24 недель могла бы выявить значительные различия. Кроме того, они подчеркивают, что внушение может, помимо прочего, понижать предшествующее беспокойство, поэтому пациент в состоянии представить фобическую ситуацию и научиться реагировать по-другому. Возможно также, что некоторые пациенты действительно воображали фобические сцены, находясь в состоянии гипнотического расслабления, и таким образом возникала десенсибилизация в воображении. Надо полагать, что во время релаксации внушение оказывает какой-то терапевтический эффект, но согласованность этого и других экспериментов, свидетельствующих в пользу систематической десенсибилизации, указывает па то, что ни один из механизмов воздействия внушения не может быть причиной всех полученных результатов.

Хотя результаты исследований использования систематической десенсибилизации при лечении людей совпадают не полностью, достаточно хорошо обосновано суждение, что наилучший эффект достигается благодаря совместному действию расслабления и постепенного демонстрирования фобических раздражителей. Если это так, то механизм систематической десенсибилизации нельзя свести только к угасанию; должен также происходить процесс переобусловливания. Разумеется, эти выводы относятся только к методам систематической десенсибилизации и не касаются имплозивных методов.

На первый взгляд может показаться, что метод систематической десенсибилизации и имплозивные методы совершенно противоположны и не могут следовать из одних и тех же принципов научения. Ведь цель одного метода — затормозить или подавить любое беспокойство, которое может проявиться у пациента, а во втором делаются попытки вызвать страх и поддержать его на максимальном уровне. Но это вызвано различными предпосылками. Первый метод основывается на переобусловливании, второй — на угасании с помощью неподкрепляемых упражнений. Утверждение, что существует не только один процесс, с помощью которого можно модифицировать выученные реакции, не нарушает логики. Клиницист хотел бы знать, являются ли методы переобусловливания или угасания наиболее эффективными, и зависит ли выбор метода от личности пациента и расстройства, которое следует лечить. Такие переменные, как лекарства и сконцентрированные во времени

упражнения, в отличие от переменных разделенных интервалами, по-разному влияют на приобретение и на угасание реакций, и терапевт мог ими манипулировать в соответствии с выбранным методом лечения.

Рамсей и соавт. (1966) сравнивали эффективность сконцентрированных и разделенных интервалами сеансов систематической десенсибилизации при лечении фобий животных у двадцати добровольцев — студентов-психологов. Сконцентрированное лечение состояло из двух сеансов по 40 минут (один сеанс в день), разделенное интервалами — из четырех сеансов по 20 минут (один сеанс в день). Всех лечили с помощью двух процедур, причем половина лечилась в первую неделю по первому методу, а в следующую — по второму. Оба метода существенно уменьшили страх, но растянутые сеансы дали существенное преимущество (5 процентов в одностороннем тесте). Это совпадает с другими экспериментальными данными о благоприятном влиянии разделенного интервалами лечения и, по всей видимости, согласуется с мнением, что в десенсибилизации участвует процесс переобусловливания.

Известны попытки исследования других аспектов систематической десенсибилизации. Большинство поведенческих терапевтов полагают, что во время лечения необходимо сводить к нулю реакцию страха на каждую позицию иерархии. Однако, согласно принципу взаимного торможения Вольпе, достаточно и частичного подавления страха. Рахман и Ходжсон (1967) исследовали, какого уровня понижения беспокойства необходимо достичь, чтобы перейти к следующей позиции иерархии. Десять добровольцев с фобией пауков разделили на две группы, подобранные в соответствии с исходной интенсивностью страха. Его субъективная оценка (на термометре страха) производилась в начале опыта и после представления каждой третьей позиции. В первой группе страх сводили к нулю в каждой позиции, а во второй — уменьшали только на 50 процентов. Результаты оценивались с помощью предметного теста избегания и субъективной оценки страха. Они показали, что полное подавление страха не превосходило частичного, занимавшего меньше времени.

Однако гипотеза эффективности частичного подавления страха, побуждающая нас как к теоретическим рассуждениям, так и к практической верификации, еще требует подтверждения в дальнейших экспериментах (см. Beech, 1969). Если новую

реакцию в виде расслабления можно сформировать при наличии остаточного страха, то страх и расслабления не являются взаимоисключающими реакциями. Если это действительно так, то трудно понять, почему релаксация не вызывает страха в результате терапевтического использования систематической десенсибилизации. Некоторые авторы подвергли критическому анализу предположение о том, что мышечное расслабление тормозит страх. Вольпе (1958) соглашается с Якобсоном (1938, 1964), что глубокое мышечное торможение тормозит страх, поскольку уменьшение обратного потока приопроцептивных импульсов от расслабленных мышц не согласуется с чувством страха. Однако Дэвисон (1966) обращает внимание на различные опыты, в которых животные приобретали различные реакции страха, несмотря на полный паралич мышц с помощью лекарств. Люди, которые подверглись парализующему воздействию сколина, сообщают, что они испытывали страх; впрочем, эта процедура использовалась как защитный стимул. Эти данные противоречат взглядам Якобсона и Вольпе. Дэвисон полагает, что самопроизвольное и вызванное лекарствами расслабления могут отличаться, и предлагает две рабочие гипотезы механизма уменьшения страха, достигаемого в результате упражнений в мышечном расслаблении. Первая следует из наблюдения, что при методах «взаимного торможения» прибегали к различным реакциям, не соответствующим страху, например к пищеварительным, сексуальным реакциям, к фантазированию, а также к мышечному расслаблению. Все эти реакции могут вызывать положительные эмоциональные состояния. Самопроизвольная целевая мышечная релаксация может обеспечить положительное эмоциональное состояние, которое не появляется в результате паралича под воздействием лекарств. Вторая гипотеза предполагает, что к торможению страха могут приводить тормозящие центробежные двигательные импульсы, косвенно участвующие в вызванном у себя расслаблении (но не при параличе с помощью кураре).

Разумеется, аффективное состояние индивида может быть более важным, чем его мышечное напряжение. Процедура расслабления мышц содержит элемент внушения, а в некоторых методах целью является достижение состояния гипноза. Рахман (1968) делает те же замечания, что и Дэвисон, и полагает, что хотя, вероятнее всего, расслабление является необходимым элементом десенсибилизации, нет убедительных доказа-

тельств необходимости мышечной релаксации. Он отмечает, что терапевтические эффекты были получены и у тех пациентов, которые активно участвовали в практическом переучивании, и у тех, которые ранее только поверхностно упражнялись в релаксации. Кроме того, иногда во время расслабления, вызванного по методике Вольпе, оказывается, что успокоению, о котором сообщает пациент, не всегда сопутствует пониженная электромиографическая активность (Gelder, 1968). Существует множество доказательств того, что словесное внушение с целью вызова определенных эмоциональных состояний также может приводить к надлежащим физиологическим изменениям.

Для достижения расслабления использовались также атарактики и успокоительные средства. Йорксон и соавт. (1968) исследовали эффективность десенсибилизации с помощью метохэкситона (methohexiton) на двенадцати госпитализированных больных с тяжелой формой агорафобии. Чтобы выделить эффект метохэкситона, применялись четыре метода. Первый заключался в десенсибилизации в состоянии расслабления, вызванного метохэкситоном (избегалось словесное внушение расслабления), второй — в десенсибилизации в состоянии расслабления с помощью словесного внушения, при этом использовалась инъекция физиологического раствора; третий заключался в десенсибилизации без инъекций, а четвертый — в инъекциях метохэкситона без десенсибилизации. Была использована сбалансированная неполная система блоков; каждый пациент лечился с помощью двух методов из четырех 1 час в день в течение 5 дней. До и после каждой процедуры независимый эксперт оценивал пациентов с помощью опросников, шкал оценок и теста избегания. Ни в одной группе не было отмечено существенного улучшения. Авторы приходят к выводу, что полученные данные не свидетельствуют в пользу выбора десенсибилизации с использованием метохэкситона при лечении госпитализированных больных с обостренной агорафобией. С этим следует согласиться, хотя непонятно, почему это «противоречит ожиданиям». Учитывая доступные данные больничного лечения тяжелой формы агорафобии (например, Gelder и Marks, 1966), мнение, что пяти часовых сеансов десенсибилизации достаточно для существенного улучшения, слишком оптимистично. Но во вступлении к своей новой работе Йорксон и соавт. (1968) пишут, что термин «системати-

ческая десенсибилизация» имеет два значения. Первое шире и включает создание терапевтического союза, обсуждение этиологии, объяснение лечения, ободрение и заинтересованность в каждом проявлении выздоровления, а также систематическую десенсибилизацию и практическое переучивание. Во втором значении термина коннотация существенно уже — это систематическая десенсибилизация в воображении. В данной работе определенно была сделана попытка изучения систематической десенсибилизации в узком смысле. Взаимозависимость системы систематической десенсибилизации в воображении и практического переучивания не определена. Часть экспериментальных данных обсуждается в этой главе, а проблемам, связанным с оценкой неспецифичных факторов в систематической десенсибилизации (в широком смысле), посвящена следующая глава.

Хотя мышечное расслабление может не иметь принципиального значения в систематической десенсибилизации, а состояние успокоения или релаксации можно вызвать с помощью внушения, гипноза или лекарств, думается, что отказ от этого метода был бы преждевременным. Большинство доказательств эффективности систематической десенсибилизации у психиатрических больных связано с мышечной релаксацией. Вполне возможно, что мышечное расслабление — наиболее эффективный метол введения больных неврозом в состояние покоя, однако здесь необходимы дальнейшие исследования.

Ладер и Уинг (1966) предложили иную теоретическую интерпретацию процесса десенсибилизации у психически больных, тесно связанную с проблемой значения расслабления мышц и самим принципом переобусловливания. В серии опытов, призванных определить надежные индикаторы страха, с помощью которых можно было бы отличить нормальных индивидов от подверженных страху и тех, кто реагирует на успокоительные лекарства, они определили, что самопроизвольные колебания сопротивления кожи в состоянии покоя и быстрота исчезновения КГР при повторении идентичных слуховых стимулов (привыкание) соответствуют этим критериям. Быстрота привыкания у пациентов, страдающих болезненным беспокойством, имеет отрицательную корреляцию с уровнем возбуждения, измеряемого, как величина самопроизвольных колебаний КГР. При сильном возбуждении привыкание идет медленно, особенно вначале, а при слабом возбуждении оно проходит быст-

рее. Если индивид находится в состоянии повышенной возбудимости, каждая очередная демонстрация раздражителя приводит к более высокому уровню активности и привыкания не происходит. Ладер и Уинг полагают, что быстрота привыкания у данного индивида в это время зависит от двух переменных: врожденной способности к привыканию (габитуации) и уровня возбуждения в этот момент. У «быстро привыкающего» индивида возобновляемый стимул поначалу повышает активность, которая понижается по мере привыкания. У «медленно привыкающего» — демонстрация раздражителя приводит к повышению активности и все более медленному привыканию. Подобным образом уровень возбуждения влияет на привыкание. При низких уровнях привыкание проходит быстро, а при высоких уровнях не только не наступает привыкание, но по мере повторения стимула возрастает GSR. Ладер и Мэтьюс (1968) считают, что существует критический уровень возбуждения, при превышении которого привыкание не происходит, и если пациента подвергать воздействию повторяющегося фобического стимула, то страх перерастет в панику.

На основании этих данных и с учетом теоретических соображений Ладер и Уинг утверждали, что за лечебную «систематическую десенсибилизацию» отвечает привыкание, возникающее при низком уровне возбуждения в результате расслабления. С такой интерпретацией хорошо согласуется открытие Ладера (1967) установившего, что пациенты с фобиями с единичным симптомом напоминают здоровых индивидов из контрольной группы тем, что у них меньше самопроизвольных колебаний КГР и более быстрое привыкание, чем у больных в состоянии страха, с социальными фобиями и агорафобией. Кроме того, быстро привыкающие индивиды более восприимчивы к десенсибилизации (Lader et al., 1967). Это соответствует клиническим наблюдениям свидетельствующим о том, что простые фобии лучше поддаются лечению с помощью данного метода. Замеченные корреляции между отдельными фобиями, отсутствием неопределенного страха и приступов паники, низким уровнем возбуждения, быстрым привыканием и восприимчивостью к лечению с помощью систематической десенсибилизации, подтверждают, что процессом, отвечающим за терапевтические изменения, может быть привыкание.

Кроме того, существуют убедительные данные, что снижение высокого уровня страха может облегчить систематиче-

скую десенсибилизацию. При лечении пациентов с повышенной тревожностью, причины которой не определены использовались транквилизаторы и седативные препараты, а также ингаляции углекислого газа. Фридман и Сильверстоун (1967) сообщали об успешном использовании метохэкситона, а Уинг (1968) советует использовать диазепам. Зафиксировано также, что после лейкотомии, которая уменьшает неопределенный страх (Levinson and Meyer, 1965; Marks et al., 1966), наступает эффективная десенсибилизация симптомов навязчивых мыслей, которые прежде не поддавались данному лечению (Walton and Mathews, 1963). Маркс и соавт., (1966) упоминают об одном пациенте с фобическим неврозом, состояние которого улучшилось в результате десенсибилизации после лейкотомии.

На основании теоретических посылок и отобранных экспериментальных фактов Ладер и Мэтьюс (1968) выдвигают гипотезу о том, что модель привыкания при низком уровне возбуждения лучше объясняет результаты систематической десенсибилизации, чем теория взаимного торможения Вольпе. Однако эти выводы не являются окончательными, и авторы сами признают, что необходимы дальнейшие экспериментальные исследования. Маркс и соавторы (1968) полагают, что многие переменные могут способствовать окончательному эффекту систематической десенсибилизации и что у больных с низким уровнем страха привыкание и переобусловливание, по-видимому, играют более важную роль, чем внушение, в то время как при высоких уровнях возбуждения важнее внушение.

Разумеется, используемое в рамках метода систематической десенсибилизации сочетание расслабления и многократного демонстрирования раздражителей, является поводом для возникновения привыкания. На первый взгляд кажется, что описание систематической десенсибилизации на канве привыкания при низком уровне возбуждения значительно отличается от описанного выше способа, включающего переобусловливание и угасание. Ладер и Уинг подчеркивают значение «слабого возбуждения», в то время как при «переобусловливании» большее внимание уделяется методам, с помощью которых можно добиться низкого возбуждения. Уменьшение фобической реакции они охотно называют «привыканием» или «угасанием». Трудно понять, где кроется разница между этими двумя описаниями: на семантическом, теоретическом, нейрофизиологическом или психологическом уровне. Термино-
ло-

гия не вполне точна, но термин «привыкание» обычно используется только по отношению к уменьшению безусловной реакции (например, ориентировочного рефлекса), наступающему после многократной демонстрации раздражителя (Galambos and Morgan, 1960; Thompson and Spencer, 1966), и не относится к уменьшению условной реакции, вызванной условными стимулами. Соколов (1963) описал различное воздействие ориентировочных и условных реакций во время процедуры обусловливания и довольно кратковременный эффект привыкания. По мнению Томпсона и Спенсера, на уровне анализа поведенческого привыкания и угасания, есть девять общих процессов, которые могут быть идентичными, за исключением того, что угасанию должно предшествовать обусловливание. По всей вероятности, во время обеих процедур происходят подобные, если не идентичные, процессы, но в связи с тем, что они еще не до конца определены (см., например, Kimble, 1961; Glaser, 1966; Stein, 1966), целесообразнее сохранить отдельные, рабочие определения привыкания и экспериментального угасания. Наши профессиональные квалификации не позволяют нам высказываться на тему теорий, касающихся привыкания и угасания. Однако мы считаем, что с клинической точки зрения лучше не объединять эти два термина. Можно сослаться на опыт Напалкова (1963), в котором собаки привыкли к многократной демонстрации безусловного аверсивного раздражителя, но не привыкли к многократной демонстрации самого обусловленного аверсивного раздражителя; результатом было затянувшееся повышенное давление крови, сохранявшееся 16 месяцев, несмотря на 900 попыток угасания. Если утверждать, что собаки были слишком возбуждены, чтобы «привыкнуть» к УР, то трудно найти причину, по которой они привыкли к БР. Кроме того, факт, свидетельствующий о том, что лица, не находящиеся под опекой психиатра и обычно не проявляющие повышенного уровня возбудимости, хуже реагируют на методы, включающие демонстрирование «фобических» раздражителей без расслабления, говорит против гипотезы привыкания. Эффективность имплозивных методов, вызывающих высокий уровень возбуждения, также говорит о том, что при низком уровне возбуждения не привыкание, а другой механизм может уменьшить или устранить реакции страха.

Хотя рано делать окончательные теоретические выводы, с клинической точки зрения следует принять модель с пере-

обусловливанием. Подавляющее большинство клинических и экспериментальных данных показывает, что переобусловливание, а не само экспериментальное угасание является наиболее эффективным компонентом систематической десенсибилизации.

Независимо от вышеупомянутых попыток объяснить процесс десенсибилизации, Валинс и Рэй (1967) предложили другую гипотезу, основанную на когнитивных теориях эмоции (Schachter, 1964). У лиц, проходящих систематическую десенсибилизацию, возникает мотивация к переоценке своих установок и фобического поведения, поскольку они осознают, что прежний возбуждающий стимул не дает никакого физиологического эффекта. *Из* студентов университета сформировали экспериментальную и контрольную группы с учетом фобии змей и электрошока соответственно. Представителям экспериментальной группы показывали слайды с надписью «шок» и одновременно ударяли слабым током по пальцам, а также показывали десять слайдов со змеями. Они как будто слышали биение своего сердца (на самом деле это была симуляция) — изменения ритма должны были выражать их реакции на слайды. Слайды со змеями не влияли на частоту ритма. Он ускорялся при ударах током. Представителям контрольной группы показывали те же слайды и воспроизводили сымитированный ритм сердца, но им сообщали, что это просто посторонние шумы. Проведенные затем тесты избегания змей показали существенное улучшение в приближающем поведении в экспериментальной группе. Для второго эксперимента они выбрали студентов с фобией змей выше среднего уровня. Вместо слайдов использовалась живая змея в стеклянной клетке. Остальные условия эксперимента были похожими. И здесь также существенное улучшение в приближающем поведении было отмечено в экспериментальной группе. Это интересный опыт. Сразу следует исключить возможность, что звук монотонного биения сердца может вызвать расслабление, а следовательно, привести к переобусловливанию. Кроме этого, на основании представленных данных невозможно решить, можно ли было выявить у представителей экспериментальной группы заметные изменения пульса. И наконец, несмотря на значительное количество косвенных доказательств значения познавательных процессов для возникновения эмоций, прежде чем признать клиническую ценность данного метода необходимо показать,

что подобные результаты можно получить у направленных к психиатру пациентов с тяжелыми невротическими фобиями.

Дальнейшие экспериментальные исследования ведутся для анализа процесса ослабления страха и вегетативных реакций после десенсибилизации. Лазарус и Рахман (1960) обратили внимание на некоторую задержку при эффектах десенсибилизации. Некоторые пациенты ощущали ослабление реакций страха на специфичные фобические стимулы только через некоторое время после десенсибилизации в воображении. Ланг и Лазовик (1963) показали, что замечания больных об улучшении появились с некоторым опозданием по сравнению с предметным изменением в сфере избегающего поведения. Сразу после лечения появились различия между пациентами, прошедшими терапию, и представителями контрольной группы по результатам тестов избегания — только наблюдения за катамнезом позволили найти ее отражение в субъективной оценке. Возможно, что похожее рассогласование объективного и субъективного улучшений наблюдалось у больных, которых анализировали Лазарус и Рахман.

Несомненно, решающее значение в успехе лечения больных, находящихся под опекой психиатра, играет степень генерализации на реальные жизненные ситуации и быстроту уменьшения страха (см. Hain и соавт., 1966; Meyer and Crisp, 1966). Дэвисон (1968с) полагает, что с теоретической точки зрения нельзя ожидать полного переноса воображаемых сцен на реальные жизненные ситуации, поскольку маловероятно, чтобы иерархии страха включали все элементы, связанные с фобией данного больного. Были сделаны две попытки прояснить этот вопрос.

Рахман (1966b) исследовал быстроту генерализации десенсибилизации в воображении на реальные раздражители, встречающиеся в жизни. Главной целью было «найти временную задержку и обнаружить момент, в котором наступает генерализация». Важно также определить частоту появления рецидивов после лечения. О «самопроизвольном возобновлении» боязни раздражителей, которые уже успешно прошли десенсибилизацию, сообщал Аграс (1965). Рахман исследовал трех добровольцев с фобией пауков. Их подвергали воздействию раздражителя, вызывающего страх, и просили определить уровень страха. Затем они прошли десенсибилизацию того же раздражителя, который был использован при исходном тесте из-

бегания. Была проведена повторная оценка с помощью тех же критериев (теста избегания и шкалы страха) сразу после лечения, а затем через 24 часа, 3 суток и через неделю. Немедленный перенос от с воображаемых на реальные жизненные раздражители, оцениваемый по шкале страха, произошел при 82 процентах. Перенос никогда не был полным, а в небольшом количестве случаев было обнаружено усиление страха после десенсибилизации по отношению к объектам, вызывающим сильный страх. Немедленное ослабление беспокойства не всегда было стабильным, и примерно в 40 процентах случаев отмечался рецидив. Однако в некоторых случаях наблюдение за катамнезом показало последующее улучшение. Этот эксперимент не выявил факторов, влияющих на стабильность ослабления страха.

Специфика данного эксперимента исключает возможность сделать однозначные и окончательные выводы. Необходимы дальнейшие исследования больных, получающих психиатрическое лечение. Непосредственная оценка результатов десенсибилизации с помощью идентичных стимулов в лабораторных условиях могла отличаться слишком большой генерализацией. Аграс (1967) полагает, что пациенты с симптомами фобии не подвергаются воздействию ситуаций, которых боятся, сразу после каждого сеанса десенсибилизации и, следовательно, не используют эффекты немедленного переноса. Наблюдения Рахмана совпадают с данными Аграса (1965) относительно того, что у некоторых индивидов отмечается частичное возобновление реакций на позиции, по отношению к которым уже была успешно проведена десенсибилизация во время предыдущих сеансов. Agres считает, что это может быть одним из объяснений клинических рецидивов после десенсибилизации и рекомендует полную десенсибилизацию всех позиций иерархии. Подкрепление реакции страха на позиции иерархии, по отношению к которой была проведена частичная десенсибилизация, может привести к обобщению и полному рецидиву. В начале каждого сеанса, терапевт должен проверить сохраняется ли десенсибилизация всех позиций, которые уже подвергались лечению. Будет уместно привести наблюдения Вольпе (1963), которые показывают, что количество повторений сцены, необходимое для устранения страха, меняется в зависимости от позиции иерархии. Когда беспокойство растет пропорционально близости фобического раздражителя (например, животных), количество попыток растет вместе с приближением. С другой

стороны, при фобических неврозах, в которых беспокойство растет по мере отдаления от безопасного места (например, агорафобия), количество попыток первоначально очень велико, но затем постепенно уменьшается. Такое же явление наблюдалось в исследованиях Рахмана (1966Ь).

Аграс (1967) изучал проблему переноса на пяти больных с фобией пространства. Прогресс десенсибилизации отмечался в виде процента изменения общего количества сцен, представленных без признаков беспокойства. Велись поиски генерализации уменьшения беспокойства в двух различных тестовых ситуациях. В первой пациент представлял себе пять позиций иерархии страха перед началом сеанса десенсибилизации и уровень вызванного беспокойства измерялся изменением логарифма проводимости в кожно-гальванической реакции с поправкой на отклонения от основной линии. Вторая была реальной ситуацией, вызывающей беспокойство пациента: собирались точные данные о длине и способе преодоления дистанция. Понадобилось от пятнадцати до семидесяти сеансов, чтобы достичь улучшения. В конце лечения состояние четырех пациентов значительно улучшилось. У трех пациентов, включая того, у которого не наблюдалось улучшений, уменьшение кожно-гальванической реакции точно соответствовало ходу систематической десенсибилизации, что свидетельствует о высокой степени соответствия между воображением сцены во время десенсибилизации и при тестировании. Однако у одного пациента наблюдалась задержка, а у другого практически полное отсутствие переноса почти в течение всего лечения. Улучшение по объективным результатам отставало от хода десенсибилизации у трех из четырех пациентов, а у больного, у которого объективные результаты не запаздывали, отмечалось полное отсутствие переноса па позиции теста.

Результаты этого эксперимента не совпадают с итогами эксперимента Рахмана. Понятно, что это можно объяснить некоторыми различиями между ними. Аграс проводил исследования на больных, у которых невротические фобии могли хуже поддаваться лечению, чем страхи «нормальных» добровольцев. Аграс подчеркивает, что непосредственное тестирование в присутствии терапевта с помощью воздействия ситуацией, вызывающей беспокойство, в сущности может быть формой научения переноса. Он полагает, что изменчивость границ и быстроты генерализации может иметь корреляцию с такими факторами, как степень зависимости пациента от терапевта и

мотивация терапевта. Недавно Аграс и соавт. (1968) показали, что похвала терапевта может воздействовать как эффективный, подкрепляющий социальный стимул и увеличивать дистанцию, который может преодолевать больной с агорафобией. В конце концов, он пришел к выводу, что КГР, вызванная воображением ситуации, вызывающей беспокойство, не являлась показателем реального терапевтического улучшения.

Это последнее открытие получило некоторое подтверждение в работе Ненинга и Рида (1966), которые лечили четырех больных, страдающих фобиями с единичными симптомами, с помощью систематической десенсибилизации и использовали два разных показателя для оценки результатов. Первым показателем было измерение кожно-гальванической реакции, возникающей при ключевом фобическом слове, включенном в тест ассоциации слов, при воображаемом фобическом раздражителе и при демонстрации реального фобического раздражителя. Второй заключался в более традиционной клинической оценке, основанной прежде всего на сообщениях больных и родственников. Лечение и клиническая оценка проводились без уведомления о физиологических измерениях. Результаты данного опыта показали, что могут появляться значительные расхождения между клинической оценкой и изменениями КГР, Большее соответствие между клинической оценкой и физиологическими реакциями наблюдается при словесных раздражителях, чем при воображаемых или реальных.

Измерения вегетативных функций могут отражать поведенческие проявления и субъективное ощущение страха. Может оказаться, что они имеют клиническую и прогностическую ценность -- в той степени, насколько являются дополнительным источником информации в случае трудной задачи оценки изменений эмоционального состояния (Lader et al., 1967; Gelder and Mathews, 1968; Kelly and Walter, 1968). Однако необходима дорогая и сложная аппаратура, а оценка записей связана со значительными трудностями (Martin, I., 1960, Martin, B., 1961, 1969; Venables and Martin, 1967). Кроме того, корреляции между измерениями вегетативных реакций и клинической оценкой не всегда высоки, ни у конкретного индивида, ни между результатами нескольких экспериментов. В случае появления расхождений, терапевт вместе со своим пациентом склонен придавать большее значение явному поведению и субъективным ощущениям, чем каким-то психологическим переменным. Существу-

ют значительные сложности при выборе, измерении и интерпретации психофизиологических переменных, призванных служить клиническим показателем страха, поскольку нет уверенности в специфичности реакций и в существовании корреляций между различными вегетативными переменными.

Проблеме достижения переноса из систематической десенсибилизации на реальные жизненные обстоятельства уделил внимание Кук (1966), оценивая десенсибилизацию в воображении и в жизни у лиц с сильным и слабым неопределенным страхом. Двенадцать девушек-добровольцев с чрезмерной фобией крыс поделили на группу с низким и группу с высоким уровнем страха на основании показателей по шкале эмотивности. Для двух пациенток из каждой группы выбрали случайным образом одну из трех процедур: десенсибилизацию стимулов из повседневной жизни, десенсибилизацию воображаемых стимулов и контроль без лечения. В экспериментальных группах провели четыре сеанса лечения. Всех пациенток оценивали перед лечением и спустя 5 дней после лечения с помощью теста избегания, шкалы страха, опросника, измеряющего неопределенный страх и боязнь крыс, а также с помощью шкалы эмотивности. Терапию проводили два клинических психолога, а оценкой занимались три независимых эксперта. В обеих экспериментальных группах, произошло улучшение немного большее — в той группе, которую лечили непосредственно. В этой группе классификация, основанная на исходном измерении неопределенного страха, не совпадала с классификацией на основании окончательных результатов лечения и на основании количества пройденных позиций. В группе, в которой проводилась десенсибилизация в воображении, пациентки с низким уровнем страха прошли больше позиций, чем пациентки с высоким уровнем страха, однако у последних было отмечено более значительное ослабление специфической фобии крыс. Открытие, что у лиц с высоким уровнем страха наблюдается не меньший прогресс, чем у лиц с низким уровнем страха, противоречит результатам упоминавшихся выше опытов, проведенных на психических больных, и исследовании Пауля на добровольцах, испытывающих страх перед выступлением в больших аудиториях. Поскольку количество пациенток в эксперименте Кука было невелико, данная проблема нуждается в дальнейшем изучении. Тем не менее большая часть материалов, которыми мы располагаем, убедительно указывает на то, что не

существует строгой корреляции между прогрессом систематической десенсибилизации в терапевтической ситуации и поведением данного лица в реальной ситуации. Разумеется, на это влияет множество переменных, и было бы наивно ожидать, что все они будут отражены на общей шкале эмотивности.

Выяснением причин различных результатов воображаемого и реального демонстрирования раздражителей занялись Гарфилд и соавт. (1967), исследовав семерых добровольцев с фобией змей. Их случайным образом поделили на две группы. Четверо прошли восемь сеансов десенсибилизации в воображении, а трое кроме этих восьми сеансов участвовали еще в четырех сеансах *in vivo.* Эффект измерялся с помощью результатов, полученных в тесте избегания до и после лечения. Было отмечено значительное улучшение у всех исследуемых, но, что не было неожиданностью, оно было выше у тех, кто прошел дополнительные упражнения *in vivo.* Разумеется, ограниченные масштабы таких пилотажных исследований не позволяют сделать окончательные выводы. Тем не менее был подтвержден тезис, что ассоциированная десенсибилизиция в жизни и в воображении превышает десенсибилизацию только в воображении. Барлоу и соавт. (1969) непосредственно сравнили десенсибилизацию в воображении и *in vivo* у двадцати студентов колледжа с фобией змей. Оба метода лечения включали расслабление и постепенное воображение позиций иерархии. Десенсибилизация *in vivo,* измеряемая с помощью теста избегания и измерения КГР, дала лучшие результаты, чем десенсибилизация в воображении. Десенсибилизация в воображении ослабила кожно-гальванические реакции только на воображаемые раздражители. Пока проведено мало исследований заместительной *(vicarious)* десенсибилизации страха. Бандура и соавт. (1967) протестировали сорок восемь детей, которые проявляли явное избегательное поведение в присутствии собак. Их поделили на четыре группы. Первая группа участвовала в «сеансах моделирования», во время которых наблюдала за «моделью бесстрашного сверстника», который постепенно все более тесно общался с собакой на фоне «приятной атмосферы» детского праздника. Во второй группе проводилась та же процедура, но на нейтральном фоне; члены третьей группы наблюдали собаку на фоне приятной праздничной атмосферы, но без образцового сверстника (контроль за демонстрированием собаки). Четвертая группа участвовала в прият-

ных занятиях без демонстрирования собаки и образцового ровесника. Во всех группах было отмечено уменьшение избегания по отношению к собаке, используемой при тестировании, и к незнакомой собаке месяц спустя, однако обе процедуры моделирования привели к существенно большим и более стойким улучшениям. «Приятная атмосфера» повлияла на результаты весьма незначительно.

В одном из исследований Бандура и Менлов (1968) сравнивали эффекты просмотра фильма с одной моделью и одной собакой и фильма с несколькими моделями и несколькими собаками с точки зрения ослабления страха и избегания собак у сорока восьми детей в возрасте от 3 до 5 лет. Хотя непосредственно после лечения существенно понизились оценки страха у лечившихся по сравнению с нелечившимися детьми из контрольной группы, ожидаемое превосходство процедуры многостороннего моделирования, оцениваемой с помощью проверки навыка общения с собакой, проявилось только через месяц, Непосредственно после лечения количество детей, которые могли пройти проверку, было примерно одинаковым как в терапевтических, так и в контрольных группах. Другим интересным открытием (не противоречащим данным систематической десенсибилизации в воображении) было то, что «значительная склонность к эмотивности», измеряемая с помощью опросника, заполнявшегося родителями, препятствовало уменьшению страха, вызванного собаками, с помощью процедуры моделирования.

Риттер (1968) сравнил результаты наблюдения за бесстрашной моделью поведения без проявлений страха (заместительная десенсибилизация) с результатами ассоциирования наблюдения и возможностью дотронуться до объекта фобии или модели во время наблюдения. Сорок четыре ребенка с фобией змей, разделили на две лечебные группы и контрольную группу без лечения. Лечение состояло из двух сеансов по 35 минут. Как и ожидалось, обе терапии вызвали существенное уменьшение избегательного поведения в тесте избегания после лечения, но ассоциированный метод (80 процентов могли пройти проверку) превосходил только заместительную процедуру (53,3 процента). В контрольной группе не было улучшений. Произошли также ожидаемые изменения субъективных сообщений о беспокойстве во время заданий по проверке избегания, но они не были существенными.

Бандура и соавт. (1968) исследовали относительную эффективность моделирования и десенсибилизации при лечении под-

ростков и взрослых с фобией змей. Было выбрано сорок пять добровольцев с учетом поведения во время теста избегания. Их разделили на четыре группы. Первая группа смотрела фильм, в котором взрослые и дети вели себя без признаков страха в ситуациях, вызывающих у зрителей все более сильный страх. Вторая группа наблюдала живых змей и постепенно начинала приближаться к ним. Третью группу подвергли систематической десенсибилизации в воображении. В четвертой, контрольной группе лечения не было, она участвовала только в поведенческой оценке во время интервью. Результаты показали, что второй метод (моделирование с помощью живых змей, ассоциированное с направляемым участием) было наиболее эффективным. Символическое моделирование (первая группа) и систематическая десенсибилизация (третья группа) привели к значительному уменьшению элемента избегания в поведении, в то время как в контрольной группе изменений не произошло. Всех участников эксперимента, которые не прошли тест на сближение, подвергли процедуре моделирования с живыми змеями и участием в упражнениях. Фобическое поведение по отношению к змеям было успешно погашено у всех за несколько коротких сеансов. Кроме того, этот метод привел к самому большому уменьшению страха при самооценке и наиболее широкой генерализации в виде уменьшения страхов при контактах с людьми в других ситуациях.

О'Нейл и Хауэлл (1969) сравнили результаты лечения добровольцев с фобией змей методом систематической десенсибилизации с помощью воображаемых сцен, фотографий и моделирования с живыми змеями без участия. Все три метода дали существенные улучшения и существенно не отличались друг от друга.

Все эти экспериментальные исследования показывают, что чем реалистичнее представление и чем активнее участие пациента и модели, тем эффективнее лечение.

Экспериментальные исследования обусловливания при лечении энуреза

В монографии Ловибонда (1964) содержится исчерпывающий обзор литературы об энурезе и представлены результаты экспериментальных исследований детей страдающих энурезом.

Фрагменты этой работы уже обсуждались в предыдущих главах. Хотя как этиология, так и теоретические основы лечения энуреза с помощью обусловливающей терапии до сих пор остаются предметом спора, существует много данных свидетельствующих о том, что при использовании метода двойных сигналов (Mowrer, Crosby and Lovibond) можно остановить энурез, не вызывая отрицательных психических реакций. Необходимо помнить, что Ловибонд был сторонником парадигмы обусловленного избегания, а не классического обусловливания. Чтобы сравнить эффективность трех типов лечения, он провел масштабные исследования на тридцати шести детях, каждому из которых назначили случайным образом один из трех методов. Лечение продолжалось до тех пор, пока не выполнялся критерий — 14 сухих ночей подряд. Тем детям, которые достигли 7 сухих ночей, увеличивали прием жидкости. Лечение признавалось неудачным, если после пятидесяти подкреплений критерий не достигался. Судя по количеству подкреплений, требуемых для выполнения критерия, метод двойных сигналов, в соответствии с ожиданиями, был наиболее эффективным. Однако частота появления рецидивов была высокой (четверо-пятеро детей в каждой группе), и гипотеза Ловибонд, который полагал, что этот метод приведет к более высокой стойкости к угасанию, не подтвердилась. Тот факт, что лечение могло быть плодотворным без необходимости пробуждения ребенка и что количество выделяемой мочи в процессе лечения постепенно уменьшалось, по мнению Ловибонда, подтверждает гипотезу, что стимуляция, возникающая в акте мочеиспускания становится условным стимулом избегания.

Ловибонд провел ряд экспериментов, сосредоточившись в основном на проблеме рецидивов. Ранее уже было открыто, что поведение, в значительной степени ориентированное на избегание, можно сформировать, используя сам БР, независимо от конкретного поведения (Sidman и соавт., 1957). Ловибонд показал на крысах, что «случайные удары током» способствовали поддержанию реакции избегания во время попыток угасания и после них. Затем он занялся проверкой результатов «фальшивых сигналов» по методу Моурера и методу двойных сигналов. Двадцать детей с энурезом были отобраны с учетом возраста, пола и частоты мочеиспускания. Им дали по жребию аппарат Моурера или аппарат, издающий двойные сигналы. Во время каждого сеанса терапии половина детей

получала двенадцать «фальшивых сигналов» звонка или свистка в течение 12 ночей подряд, после первых двух сухих ночей. Тем детям, которые не достигли критерия успеха — 14 сухих ночей, — в ходе дальнейшего лечения подавались фальшивые и настоящие сигналы в произвольном порядке. Все дети полностью излечились, а между группами наблюдались незначительные различия, если говорить о среднем количестве попыток, необходимых для достижения первой сухой ночи. Оно было ниже количества, необходимого в предыдущем опыте. Как и ожидалось, количество детей с рецидивами в течение первых трех месяцев было меньшим в той группе, где использовались фальшивые сигналы, чем в стандартной, но разница была незначительной. Однако окончательная частота появления рецидивов (от 3 месяцев до 2 лет) была почти такой же высокой в этой первой группе (50 процентов), как и в стандартной (60 процентов). Оказалось, что аппарат Моурера способствовал более высокой стойкости к угасанию.

Прежние результаты исследований Ловибонд показывают, что двойные сигналы быстрее вызывают первую задержку, чем аппарат Моурера, но последний вырабатывает более высокую стойкость к угасанию. Исследователь утверждал, что эти различия в результатах лечения могут быть вызваны двумя различиями в методах лечения: длительностью и интенсивностью стимула. Более быстрая задержка при сильном двойном сигнале объясняется обеспечением реакции бегства. Более высокая стойкость к угасанию в случае использования аппарата Моурера может быть связана с продолжительностью действия относительно более слабого раздражителя. Следовательно, аппарат, который бы вначале издавал сильный сигнал, а затем более продолжительный, соединял бы достоинства обоих устройств Ловибонд рассматривал также альтернативную гипотезу, согласно которой преимущество метода двойных сигналов относительно приобретения рефлекса может зависеть от более высокой интенсивности аверсивного раздражителя, а в меньшей степени — от обеспечения реакции бегства. Такое предположение следовало бы из теоретических предпосылок если бы обусловливающее лечение включало в себя пассивное научение избегания, при котором сдерживание мочи является частью скорее безусловной, чем условной реакции. В этом случае важными переменными, влияющими на ее возникновение, являлись бы интенсивность и продолжительность защитного стимула.

Стремясь решить эту проблему, Ловибонд провел опыты на крысах и сравнительные исследования у детей с энурезом. Из опытов на животных следовало, что ключевой переменной в формировании пассивной реакции избегания была не столько продолжительность ударов током, сколько их интенсивность. Стойкость к угасанию повышалась, если вначале подавались слабые, но продолжительные удары. В исследованиях методов лечения энуреза участвовало двадцать четыре человека, которым дали или аппарат Моурера (слабое, но постоянное раздражение) или измененное устройство с двойным сигналом, которое сначала издавало короткий, сильный сигнал, а затем слабый и более продолжительный. Использование измененного устройства приводило к более быстрому формированию рефлекса, а аппарата Моурера — к более высокой стойкости к угасанию; различия не были статистически значимыми.

Итак, на основании этих трех обзорных исследований можно убедиться, что короткий, интенсивный раздражитель вызывает более быстрое приобретение рефлекса и более низкую стойкость к угасанию, независимо от того, следует за ним или нет более длительный и менее интенсивный раздражитель, и от того, подается одновременно или нет фальшивый сигнал. Ловибонд сообщает о двух следующих опытах: одном — на крысах, а другом — на людях с энурезом — с целью проверить гипотезу, что спорадическое подкрепление увеличивает стойкость к угасанию пассивных реакций избегания. В стандартном методе лечения, включающем в себя формирование реакции избегания, используется регулярное подкрепление, и следовало бы ожидать, что по этой причине он будет менее эффективным. Эксперимент на крысах подтвердил это предположение. Приобретение пассивной реакции избегания при использовании спорадического, сильного электрошока (50 процентов нерегулярных попыток) было сравнимо с приобретением рефлекса при регулярном слабом подкреплении. В результате частичного подкрепления в виде слабого, или переменной силы, электрошока действительно ухудшался процесс приобретения, Все три нерегулярные процедуры вызвали существенно более высокую стойкость к угасанию, чем процедура с регулярным слабым подкреплением. С помощью сильных нерегулярных ударов током была получена существенно более высокая стойкость к угасанию, чем при использовании слабых нерегулярных ударов.

При исследовании шестнадцати детей с энурезом, которых лечили с помощью стандартного устройства, производящего двойные сигналы, родителям раздали график подкрепления, в который были включены случайные эпизоды и инструкция, чтобы выключить аппарат в тех случаях, когда подкрепление не предусмотрено. Для сравнения были использованы результаты трех предыдущих опытов на детях с энурезом. В течение 12 месяцев рецидив наступил только у троих детей (19 процентов), по сравнению с 35 и 44 процентами при полном подкреплении в рамках метода Моурера и метода двойных сигналов. Однако понижение частоты появления рецидивов, связанное с частичным подкреплением, не достигло статистически значимой величины.

Главный недостаток экспериментов Ловибонда состоял в том, что исследуемые дети с энурезом являются довольно специфической выборкой. И хотя полученные им результаты не имеют решающего значения, эти исследования являются хорошим примером углубленного систематического изучения проблем, связанных с особой поведенческой аномалией и побуждают к дальнейшим поискам решения проблемы.

Янг и Тернер (1965) в работе, упоминавшейся в предыдущей главе, проверяли гипотезу, что возбуждающие лекарства облегчают процесс обусловливания (см. Eysenck, 1957; Franks and Trouton, 1958). Аппарат со звонком и подстилкой использовался при лечении 105 детей; кроме того, при лечении 84 других детей применялся сульфат дексамфетамина (доза 5—15 мг), а третья группа в количестве 110 детей получала хлоргидрат метиламфетамина (доза 2,5—7,5 мг). Количество неудач было приблизительно одинаковым во всех трех группах, но две группы, получавшие лекарства, прореагировали существенно быстрее, чем группа, в которой использовался только аппарат, причем дексамфетамин дал лучшие результаты, чем метиламфетамин. К сожалению, частота появления рецидивов во время длительного наблюдения за катамнезом (от 9 месяцев до 5 лет) у 142 детей (Turner and Young, 1966) была существенно выше в группе с использованием дексамфетамина (75,6 процента), чем в группе с метиламфетамином (43 процента). Но в этих двух группах она была значительно выше, чем в группе, где лекарства не применялись (31,7 процента). Таким образом, более быстрая выработка рефлекса сдерживания мочи приводила к резкому росту частоты рецидивов. В связи с этой работой воз-

никает много вопросов. Особенно следует проверить, не понизил бы частоту появления рецидивов постепенный отказ от лекарств.

В теоретическом исследовании, призванном проверить гипотезу Айзенка о связи интроверсии с темпом обусловливания, Янг (1965) перед лечением использовал Личностный опросник Модсли (Furneaux and Gibson, 1961) у семидесяти девяти больных, страдающих энурезом. Была отмечена существенно более высокая частота рецидивов у экстравертов, чем у интровертов, что указывает на связь между экстраверсией и быстрым угасанием.

Исследование аверсивных методов лечения

Вполне естественно, что клиницисты осторожно относятся к использованию наказания в качестве метода лечения больных. Поэтому, невзирая на традиционное, длительное использование этого метода родителями, учителями и обществом, необходимо точно определить тип личности пациента и вид расстройств, восприимчивых к аверсивному лечению, а также показаний к его применению. При поиске этой информации можно выбрать критерии, которые используются для оценки других методов лечения: пожелания больного, эффективность метода, нежелательные побочные симптомы, доступность других способов лечения и предположительное течение расстройств, если их не лечить. Исследования в этой области были сосредоточены на поисках переменных прогностического значения, увеличении эффективности лечения и выяснении, является ли аверсивное стимулирование обязательным элементом успешного лечения.

Моргенштерн и соавт. (1965) использовали серию из девяти психологических тестов для обследования девятнадцати пациентов, которые хотели излечиться от трансвестизма. Шестеро из них так и не начали лечиться, состояние шестерых значительно улучшилось, а семеро совершенно перестали переодеваться. При изучении этих трех групп оказалось, что излечившаяся группа отличалась от других тем, что была значительно менее невротична (показатель N по шкале невротичности MMPI), а также тем, что была более восприимчива к вербальным методам обусловливания и менее женственной на шкале «ма-

скулинность — фемининность». Излечившаяся группа отличалась более высоким уровнем интеллекта, менее подвержена страху и менее интроверсивна, но различия не были статистически значимыми. Любопытно, что была отмечена связь между легкостью вербального обусловливания и окончательным результатом; между легкостью обусловливания моргания и результатом лечения такой зависимости не было. Авторы предполагают, что аверсивное лечение включает в себя некий вид оперантного обусловливания. Возникает гипотеза, что важная роль в этом может принадлежать речи.

Как уже говорилось, Фельдман и Мак-Каллох доказывали, что научение избеганию, несомненно, более эффективно в рамках аверсивной терапии, чем классическое обусловливание, и применяли этот метод при лечении гомосексуалистов (см. главу 5). Мак-Каллох и соавт. (1965) исследовали латентность, то есть период затаивания реакции избегания и изменения частоты пульса, при демонстрировании фотографий обнаженных мужчин в ходе лечения четырех пациентов. Результаты свидетельствуют о том, что у пациентов, у которых лечение вызвало улучшения, стала постепенно уменьшаться латентность реакции избегания. Это говорит о том, что успех лечения может зависеть от специфического научения. У пациентов, состояние которых после лечения не улучшилось, не наблюдалось уменьшения латентного периода. Аналогично, у пациента, который отреагировал на лечение, сформировалась условная реакция в виде учащения пульса, в то время как у пациента, лечение которого не дало результатов, никакой подобной реакции не наблюдалось.

Маркс и Гельдер (1967) провели исследование хода электрошоковой аверсивной терапии, использованной при лечении трех трансвеститов и двух фетишистов. Как уже говорилось, лечение было направлено как на явное поведение, так и на воображаемое. Изменения после лечения выявлялись с помощью клинической оценки, фиксирования эрекции с помощью специального датчика (см. Bancroft и соавт., 1966) и смены установок, измеряемых с помощью семантического дифференциала (Marks, 1965; Marks and Sartorius, 1968). Эрекции, возникающие во время фантазий или отклоняющегося поведения, подвергались угасанию в ходе лечения. Однако генерализация была незначительной, поэтому было необходимо вызывать отвращение к каждой части гардероба. Лечение не влияло на

эрекцию, возникающий в ответ на нормальные гетеросексуальные стимулы, а установки изменились ожидаемым образом только по отношению к одежде, на отказ от которой было направлено лечение. При вызове отвращения к фантазиям пациенту требовалось все больше времени, чтобы представить себе данный объект, постепенно это становилось невозможным. До лечения эрекция часто предшествовала фантазиям, после лечения эрекций не наблюдалось. Постепенный рост латентного периода и уменьшение эрекций происходило только в тех случаях, когда демонстрировались аверсивные раздражители. Маркс (1968а) полагает, что это скорее внутренняя, условная реакция избегания, а не произвольная реакция, и считает это примером экспериментального вытеснения. Только несколько пациентов проявляло беспокойство, и даже его физиологические составляющие присутствовали не всегда. У многих пациентов во время лечения наблюдались депрессии, страх и раздражительность. Один из пациентов жаловался на продолжительные симптомы раздражения и отсутствие творческих способностей, которые сохранялись в течение 6 месяцев после выписки из больницы, и ослабли, когда у больного частично восстановилась склонность к фетишизму. Разумеется, это может быть примером субституции симптома, когда устранение одного симптома — фетишизма — вызвало появление другого — раздражительности. Существует также другое возможное объяснение — данное сексуальное влечение не было полностью устранено. Пациенты, которые утратили свои нетипичные сексуальные пристрастия, стали более адекватно вести себя и в других областях жизни, а депрессия и раздражительность могли появиться до или во время терапии, а также при рецидиве. Один пациент, который пытался совершить самоубийство, вернувшись к прежней модели поведения, уже давно проявлял симптомы депрессии при переодевании в женскую одежду. Маловероятно, что субституция симптома является риском, связанным с аверсивной терапией, хотя у пациентов могут развиваться психические реакции, которые требуют врачебной помощи (как в ходе лечения, так при его отсутствии).

Мэдилл и соавт. (1966) провели клинические исследования применения аверсивного метода для лечения алкоголизма вызывая с помощью лекарств паралич дыхания. Они хотели определить, отвечает ли их метод требованиям, предъявляемым классическому обусловливанию; сформируется ли условная эмо-

циональная реакция на алкоголь; разовьется ли реакция избегания на алкоголь и наступит ли клиническое улучшение. Сорок пять алкоголиков распределили по жребию в следующие группы: обусловливания (УР и БР); псевдообусловливания (только БР); и контроля (только УР). Каждый пациент получил несколько капель своего любимого напитка, чтобы посмотреть на него, понюхать и попробовать. Это повторялось три раза. Затем в группе обусловливания повторно приносили алкоголь, и в течение 10 секунд действовал БР (паралич дыхания, вызванный сукцинилохолином), в то время как в группе псевдообусловливания паралич вызывался без очередного предложения алкоголя. Затем во всех трех группах провели три пробы демонстрирования только алкоголя. Постоянно замерялись GSR, частота дыхания и пульса, мышечное напряжение, делалась электрокардиограмма, а также определялись продолжительность паралича, быстрота появления и интенсивность страха. Отношение к алкоголю и общее поведение пациентов оценивались за 3 месяца до лечения и 3 месяца после него.

Выяснилось, что начало паралича было более надежным фактором, детерминирующим отвращение к алкоголю, чем его продолжительность. Непосредственно после лечения у членов всех групп появилась неопределенная реакция страха. Она была более быстрой и более сильной в обусловливаемой и в псевдо-обусловливаемой группах, чем в контрольной группе, различия не были статистически значимыми. Однако генерализированные реакции избегания на алкоголь были значительно более частыми в тех двух группах, в которых проводилось лечение. Члены этих групп существенно снизили потребление алкоголя и пьянствовали в притонах, посещаемых перед лечением, все реже. Однако между тремя группами не было значительных различий в уменьшении пристрастия к алкоголю и количестве дней абстиненции.

Общие результаты лечения были неудовлетворительными, но следует сразу сказать, что от пациентов, выбранных для лечения описанным методом, можно было ожидать слабой реакции на любое лечение. В заключение авторы отметили, что хотя метол оказался эффективным в формировании условных аверсивных эмоциональных реакций, последние оказались недостаточными для изменения зависимого поведения. Неожиданным открытием в этом опыте стало отсутствие различий между обусловливанием и псевдообусловливанием. Поначалу

это могло навести на мысль, что ни одно из изменений, которые произошли в результате лечения, не могло быть вызвано обусловливанием через параллелизм. Однако, как отмечают авторы, в псевдообусловливаемой группе вполне могло возникать обусловливание, поскольку в терапевтической ситуации перед вызовом паралича дыхания три раза демонстрировали алкоголь. Страх, вызванный этой процедурой, пациенты могли связать с алкоголем. Некоторые больные могли осознавать, что их подвергли этой ужасной процедуре только потому, что они были алкоголиками. Из этого исследования следует важное утверждение: формирования условных аверсивных эмоциональных реакций самого по себе не достаточно для изменения оперантного поведения. Авторы обращают внимание на данные экспериментов, показывающие, что поведение, выработанное с помощью наказания, может не поддаваться изменению с помощью наказания (см. Holtzand Azrin, 1961; Solomon, 1967). Кроме того, алкоголик может пить, чтобы уменьшить беспокойство и напряжение. У таких пациентов метод аверсивного лечения может накладывать на их неопределенный страх специфический страх перед алкоголем, вызывая таким образом «ситуацию двойного избегания». Учитывая низкие результаты и приведенные выше теоретические рассуждения, следует провести более полную терапевтическую программу. С этой проблемой связаны работы Блейка (1965, 1967). Как уже говорилось, он сравнивал эффективность использования при лечении алкоголиков аверсивной терапии и комбинации расслабления и аверсивной терапии, Рациональное обоснование использования комбинированного лечения дал Айзенк (1960а), который утверждал, что условное отвращение не будет сохраняться, если страх, мотивирующий пьянство, останется неизменным. Пациентов Блейка из группы «расслабление — отвращение» сначала обучили релаксации и предлагали пользоваться ею для уменьшения напряжения, возникающего в повседневной жизни. Приблизительно после двенадцати сеансов упражнений на релаксацию их подвергли процедуре научения бегства, использовав электрошок. Контрольная группа, подобранная с учетом возраста, пола, происхождения, уровня интеллекта, длительности заболевания и психиатрического диагноза, получила только аверсивное научение. В ходе 12-месячных наблюдений за катамнезом 59 процентов представителей экспериментальной группы и 50 процентов контрольной

полностью или в значительной степени отказались от употребления алкоголя. Разница не была статистически значимой.

Однако недостаток данного эксперимента, отмечает Блейк, состоит в том, что тестирование гипотезы не было ригористическим, поскольку пациенты не были подобраны с учетом наличия или отсутствия «невротического страха». Кроме того, сомнительно, что само упражнение на релаксацию является продуктивным методом уменьшения страха. По-видимому, в случае специфичных ситуаций, вызывающих страх, более эффективна систематическая десенсибилизация. Наконец, трудно понять, почему процедура «возбуждения мотивации» *(motivational arousal),* направленная на повышение мотивации пациентов к лечению с помощью размышления о своем пьянстве и связанных с ним проблемах, проходила при расслаблении.

Исследования инструментального обусловливания

Исследования в этой области в основном были направлены на доказательство того, что за изменения в поведении после инструментального обусловливания отвечают подкрепления, зависящие от реакции. В большинстве экспериментов объектами исследования были психотические пациенты, а терапевтическая польза не всегда была главной целью.

В нескольких работах было показано, что с помощью создания соответствующей зависимости подкреплений можно оказать желаемое влияние на вербальное поведение. Айллон и Haughton (1964) сообщали о масштабном исследовании трех психотических больных с манией. Вначале медсестры замерили основную частоту «болезненного» словесного маниакального поведения, а затем определяли, как на частоту его появления влияет подкрепление и отсутствие подкрепления. Награждение психотического словесного поведения увеличивало его частоту, а отсутствие награды — уменьшало. Обратные условия вызвали противоположный эффект. Ульманн и соавт. (1965) избрали предметом дифференцированного подкрепления «неадекватные высказывания» против «здравых высказываний» во время 20-минутных структурированных интервью. Шестьдесят пациентов-мужчин с хронической шизофренией подвергли одной из трех процедур. В первой подкрепля-

лись болезненные высказывания; во второй — здравые; а в третьей — подкреплялись существительные во множественном числе. Подкрепление заключалось в том, что экспериментатор улыбался, кивал головой и одобрительно поддакивал. Результаты показали, что болезненные высказывания уменьшились в группе, награждаемой за здравые высказывания, и увеличились в двух остальных группах.

Уилсон и Уолтерс (1966) сравнивали эффективность двух методов по отношению к увеличению количества высказываний у шизофреников с почти полной истерической немотой. Четырем больным демонстрировали болтливую модель и подкрепляли их с помощью денег, если они говорили о сценах, представленных на слайдах, который им показывали. С другими четырьмя больными поступали так же, но они не получали зависимых подкреплений. Третья группа из четырех человек просматривала слайды, но у них не было ни модели, ни зависимых подкреплений (все три группы получали одинаковую сумму денег, причем неподкрепляемые группы получали их после терапевтических сеансов). На втором этапе эксперимента все пациенты наблюдали за моделью и получали зависимые подкрепления. Произошло увеличение количества высказываний в двух первых группах, причем оно было более заметным после терапии с использованием модели и зависимого подкрепления. Участие всех пациентов во второй фазе привело к значительному улучшению во всех группах.

Айллон и Азрин (1965) провели шесть связанных между собой экспериментов на протяжении почти 3 лет, пытаясь оценить подкрепляющие эффекты политики жетонов, описанной в главе 4. В каждом эксперименте пациент был одновременно своим контрольным образцом. После измерения частоты возникновения реакции при одном подкреплении его изменяли на противоположный, а в конце снова возвращались к его первоначальному виду. Результаты показали эффективность жетонов в области выбора произвольных заданий, то есть их переноса с выбираемых вначале заданий на непредпочитаемые задания, в то время как случайное вручение жетонов приводило к потере интереса к заданиям, а отказ от жетонов во всей программе — к существенному ухудшению выполнения заданий.

В другом исследовании Айллон и Азрин (1964) изучали роль словесных инструкций и положительного подкрепления в убе-

ждении пациентов брать с собой столовые приборы, направляясь в больничную столовую. Было обследовано пятнадцать больных, в основном женщин, страдающих шизофренией. Если они совершали требуемое поведение, то награждались вкусной едой. Наступило лишь незначительное улучшение, в основном потому, что до этого лишь небольшая часть пациенток совершала какое-либо целевое поведение. После того как больным сказали, что они будут награждаться, если принесут с собой столовые приборы, начался резкий рост желаемого поведения. Чтобы выяснить, не дадут ли сами словесные поручения эффекта в виде желаемого поведения, был проведен второй эксперимент на похожей выборке больных. Они получили те же инструкции, что и в предыдущем эксперименте, но не получали вкусной еды. А если они не брали с собой приборы, то должны были ждать перед закрытыми дверьми столовой. В этом случае целевое поведение наблюдалось у 40—70 процентов больных. А когда в награду стали давать вкусную еду, оно возросло до 90-100 процентов. Авторы исследования сделали вывод, что и словесные инструкции, и положительное подкрепление могут способствовать формированию поведения, выбранного целью.

В некоторых работах делались попытки непосредственно заняться проблемой генерализации результатов, достигнутых во время эксперимента, на условия внешнего мира. Ульманн и соавт. (1964) смогли вызвать значительное увеличение количества обычных ассоциаций в тесте словесных ассоциаций шизофреников, но им не удалось добиться генерализации на обычные ответы в тех случаях, когда люди пытались вступить с ними в беседу. Михенбаум (1966) показал, что социальное подкрепление абстрактного мышления шизофреников в тесте с пословицами увенчалось существенным улучшением, которое генерализовалось на новые, хотя и сходные, концептуальные задания. Исходя из принципа гласящего, что усиление эмоциональной экспрессии улучшает межличностные связи в групповой терапии, Ульманн и соавт. (1961a и b) применили метод словесного обусловливания, при котором использование в рассказе эмоционального слова получало социальное подкрепление. Поведение больного в группе затем повторно оценивал независимый терапевт. В одном опыте экспериментальная группа показала ожидаемые улучшения межличностных отношений, а вот в другом опыте результаты были неоднозначными.

При внимательном изучении экспериментальных данных, полученных при исследовании инструментального обусловливания создается впечатление, что изменения в вербальном и невербальном поведении психотических больных, отмечаемые после инструментального обусловливания, зависят от первичного и вторичного подкреплений. Систематические исследования использования оперантных методов при лечении людей ведутся только 20 лет, и до времени разработки программы политики жетонов большинство из них имели скорее экспериментальный, нежели лечебный характер. Необходимо направить усилия ученых на решение проблемы расширения границ изменений, полученных в ходе эксперимента, на повседневную жизнь. Одновременно психологи должны осознать, что попытки объяснить все нарушения поведения, опираясь па те или иные аспекты вербального или невербального оперантного обусловливания, могут оказаться грубым и чрезмерным упрощением проблемы.

Выводы

В заключение необходимо сказать, что одной из поразительных особенностей поведенческой терапии, учитывая ее молодость, является масштаб исследований, которые она породила, и желание, с которым бихевиористы критически анализируют свои основные принципы и ищут эмпирические доказательства эффективности различных методов лечения. Хорошо известна склонность многих клиницистов к яростным атакам других методов лечения, но никогда не следует забывать об объективности. Можно привести веские доказательства того, что оригинальные методы поведенческой терапии могут привести к изменению некоторых видов ненормального поведения. Приведенные в главе ссылки на экспериментальные данные согласуются с принципами, согласно которым были разработаны данные методы, но при нынешнем развитии науки не удается точно объяснить, как они действуют. Вместе с тем научные изыскания часто приводят к открытиям, которые ставят новые вопросы и проблемы, требующие дальнейших исследований.

Постепенное демонстрирование стимулов и расслабление, совместно присутствующие в систематической десенсибилиза-

ции, являются важнейшими факторами этого метода, убедительно свидетельствующими в пользу процесса переобусловливания (как ее главного механизма). В процедуре систематической десенсибилизации возникают также угасание и привыкание, которые могут влиять на эффективность лечения. Есть также данные, что соединение десенсибилизации в воображении с практическим повторным научением более эффективно, чем одна десенсибилизация. Это согласуется с сообщениями о том, что символическое моделирование и десенсибилизация менее эффективны, чем моделирование с живой моделью и участием. Необходимо помнить, что большинство исследований систематической десенсибилизации и моделирования проводились на добровольцах, а не на больных под опекой психиатров, поэтому эти данные нельзя распространять на пациентов без исследований психиатрической популяции. Другие методы лечения не исследовались так широко и интенсивно, но и в этой области появляются интересные открытия. Было открыто формирование условных эмоциональных реакций и реакций избегания в ходе аверсивной терапии.

Глава 7. КОГНИТИВНЫЕ ПРОЦЕССЫ И НЕСПЕЦИФИЧНЫЕ ПРОЦЕССЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Разнообразным методам психологического лечения приписываются определенные терапевтические успехи у некоторых пациентов, несмотря на то что они опираются на разные теоретические воззрения. Это приводит к мысли, что существует один или большее число факторов, общих для всех видов терапии, от которых зависят перемены, происходящие в процессе лечения. Цель исследований — идентифицировать эти факторы. Сторонники поведенческой терапии считают, что этими факторами являются процессы научения, и ими собран целый ряд доказательств, подтверждающих эту гипотезу. Психодинамическая теория подчеркивает значение достижения эмоционального самоанализа и переживания терапевтической связи как необходимых условий для улучшения самочувствия во время лечения. Возможно, что эти два подхода отличаются только терминологией либо в теоретических концепциях, либо в терапевтических процедурах. Предпринимались многочисленные попытки найти общую основу для теории научения и психоаналитической теории.

Теоретическую основу процесса психотерапии составляет осуществление самоанализа подсознательных конфликтов и механизмов защиты, которые приводят к возникновению симптомов забывания и нарушения личности, а затем к запуску защитных механизмов либо к модификации этих конфликтов, а также к созреванию эго и развитию зрелых моделей поведения. Самоанализ достигается в процессе анализа и интерпретации свободных ассоциаций, переноса и сопротивления. Разрешение конфликтов и модификация наступа-

ют благодаря их неоднократному воспроизведению (переработке) и пониманию

того, что страхи остались, и прошлом и не влияют на текущую ситуацию (тестирование реальностью). Ожидается, что в результате отказа от защитных стратегий и осознания связи с терапевтом формируется более зрелое это пациента и вырабатываются адаптивные модели поведения. При этом терапевт либо по собственной воле, либо исходя из поведения пациента принимает на себя роль, которая может привести к постоянно повторяющимся дезадаптационным реакциям.

Шобен (1949) отмечал, что все психотерапевтические процедуры основаны на трех взаимосвязанных психологических процессах. Первый — ослабление вытеснения и развитие самосознания через символическое воспроизведение раздражителей, вызванных страхом. Второй — уменьшение страха в результате переобусловливаний путем соединения раздражителя, вызывающего страх, с реакцией безопасности, вызванной терапевтическим союзом. Третий процесс — переобучение, осуществляемое с помощью терапевта для формировании рациональных целей и поведенческих моделей их достижения. При этом Шобен отмечает, что это описание основано на правдоподобных гипотезах и слабых аналогиях, но не предлагает убедительного объяснения теории и методов психотерапии в категориях научения. Доллард и Миллер (1950) также подчеркивают значение ослабления вытеснения в результате идентификации и называния подсознательных факторов, вызывающих страх, как первой фазы психотерапии. Поощрение терапевта подталкивает пациента к тому, чтобы без последующего наказания испытать действие факторов, вызывающих страх, которые при этом будут постепенно угасать.

Нетрудно заметить, что описанные выше процессы психотерапии можно описать и с помощью терминов теории научения. Сторонники психодинамической теории расходятся в оценке значения, которое приписывается самоанализу и терапевтическому союзу как элементам, вызывающим изменение в процессе лечения, однако они придают большое значение характеру отношений между терапевтом и пациентом. Если мы рассмотрим конкретные методы психотерапии, содержащие анализ чувств и эмоциональных связей, то заметим, что на первый план они могут выдвигать факторы, вызывающие страх, и выявлять реакцию избегания. Характерные черты психотерапевтической связи обеспечивают возможность угасания и переобусловливания. Кроме того, терапевт может служить моделью для по-

дражания как источник позитивного и негативного усиления инструментального обусловливания. Поскольку психотерапия позволяет применить полный набор методов научения, используемых поведенческими терапевтами, то они могут объяснить ее успехи в соответствии с терминологией теории научения. Они также могли бы добавить, что психотерапия является сложным способом проведения поведенческой терапии и что их собственная стратегия лечения создает более комплексную и эффективную ситуацию научения с целью изменения нежелательного поведения. Значение переобусловливания в психотерапии наглядно продемонстрировали Уилсон и Смит (1968).

Многие авторы подчеркивают значение процессов научения в психотерапии (например, Mowrer, 1950; Bandura, 1961; Alexander, 1963; Piers and Piers, 1965; Marks and Gender, 1966). Некоторые считают, что психотерапия — это, прежде всего, процесс словесной интеракции, объект словесного обусловливания (например, Krasner 1958; Kanfed 1961). Однако ряд авторов обращает внимание также на разницу между словесным обусловливанием и психотерапией, указывая на более сложные эмоциональные перемены, происходящие во время психотерапии (например, Luborski и Strupp, 1962).

Вероятно, нельзя отрицать, что словесное обусловливание имеет место даже в недирективной психотерапии (см., например, исследования Truaxa, 1966b). Будет ли теоретик или клиницист считать это явление желательным или ожидаемым, зависит от того, насколько оно эффективно для достижения терапевтических целей. Психотерапевт рассчитывает на перемены в поведении пациента, вытекающие из новых моделей восприятия и мышления, которые берут свое начало в терапевтической ситуации, где преобладает словесный метод коммуникации.

В дальнейшем ожидается, что новые виды субъективных переживаний, возникающие во время лечения, будут изменять переживания и поведение в жизни. Если считать это словесным обусловливанием, то надо принять, что модификация словесного поведения может привести к изменениям и в других видах поведения (например, Metzner, 1961; Krasner, 1963, 1965).

Экспериментальные исследования здоровых детей выявили непосредственный перенос вербального поведения на невербальное (например, Lowaas, 1961, 1964). Бродский (1967) изучал эту проблему, наблюдая двух госпитализированных асо-

циальных социопатов с умственной недоразвитостью в юношеском возрасте. У одной девушки усиление подражания социальному поведению в структурализированной системе занятий привело к улучшению социального поведения во время лечения, что генерализировалось на поведение на спортивной площадке, а затем на вербальное поведение. Другого пациента награждали за формулирование социальных высказываний во время бесед. Здесь хотя и был достигнут эффект словесного обусловливания, но генерализации эффекта на запланированные занятия не наступило, он не повлиял и на социальное поведение на спортивной площадке. На основе таких скромных исследований нельзя сделать никакого вывода, однако полный перенос вербального поведения на невербальное не всегда происходит автоматически. Лурия (1961) представил определенные доводы, на основе которых можно сказать, что вербальное поведение эффективно контролирует невербальное только в тех ситуациях, когда внешние словесные указания интериоризируются.

Существуют убедительные доказательства того, что систематические изменения в вербальном поведении имеют место в таких ситуациях, которые напоминают терапевтическую (Greenspoon, 1962), так и в психотерапии (напр. Bandura, 1961, Frank, 1961). С другой стороны, еще мало доказательств генерализации этих результатов, полученных в терапевтической ситуаций, на другое поведение (Zaks and Klein, 1960; Kanfer, 1961, Greenspoon, 1962). С этой проблемой тесно связана роль самоанализа в терапии, которая является одной из главных целей различных типов психотерапии и психоанализа (например, Fenichel 1946, Rogers 1951, Sullivan 1953). Утверждается, что самоосознание причин поведения позволит пациенту их модифицировать. Согласно определениям теории научения, явление дифференцирующего научении наступает по мере угасания дезадаптивных реакций. Чтобы исключить реакции, связанные со страхом, в терапии самоанализа (и вероятно, в имплозивной терапии) необходимо знать, откуда они появились. С другой стороны, в большинстве форм поведенческой терапии прослеживается тенденция не учитывать когнитивные процессы.

Многие терапевты не согласны с тем, что самоанализ может вызвать изменения в поведении. Например, Александер и Френч (1946) считают, что самоанализ является скорее результатом, а не условием изменения. Хоббс (1962) сделал вывод,

что изменение личности может произойти и без самоанализа, который иногда бывает побочным продуктом такого изменения. Экспериментальные доказательства по этому поводу не однозначны. Хип и Сипрель (1966) открыли, что самоанализ не связан с угасанием словесной инструментальной реакции. В то же время Коул и Сипрель (1967) показали, что осознание положительно коррелирует с угасанием классической кожно-гальванической реакции. Как уже было доказано, сознание может влиять на обусловливание пациентов. Бандура (1969) составил прекрасный обзор экспериментальных исследований зависимости между сознанием и изменениями поведения. Он сделал вывод, что осознание является важным фактором, но не должно быть необходимым или достаточным условием классического или инструментального обусловливания. Естественно, что роль самоанализа достаточно сложна. Нельзя с уверенностью утверждать, что он всегда изменяет поведение. Необходимо провести исследование чтобы ответить этот вопрос: какой вид симптомов и в каких ситуациях изменяется под влиянием самоанализа? Возможно, что происхождение и вид симптомов в данном случае весьма существенны. Пример значимости происхождения конкретного симптома был уже описан в исследованиях Бриджера и Мандела. В них одна группа испытуемых после появления условного раздражителя получила сильный удар током. В это время вторую группу испытуемых предупреждали о том, что после условного раздражителя может последовать сильный удар электрическим током, хотя в действительности он не применялся. В обеих группах зафиксированы кожно-гальванические реакции на условный раздражитель. Однако когда были сняты электроды и испытуемым сказали, что больше не будет ударов током, то во второй группе тотчас же наступило угасание кожно-гальванической реакции, хотя она сохранялась в первой группе. Может показаться, что словесные инструкции оказывают меньшее влияние на условные реакции, полученные в результате физической травмы. Бриджер и Мандел считают, что словесное воздействие не может быть эффективным у пациентов, у которых фобии возникли в результате физической травмы, и в этом случае им, возможно, необходимо пройти сеансы угасания. Используя терминологию Павлова, при изменении поведения, полученного через первую сигнальную (автономную) систему, следует провести с ней новые эксперименты. Если на перши план выходят ис-

ключительно вторая сигнальная система (речь), то достаточно лишь устранить субъективные ожидания. Отсутствие результата при словесных инструкциях в первой группе согласуется с тем клиническим фактом, что пациенты с фобиями, как правило, отдают себе отчет в том, что их страхи беспочвенны, однако это не уменьшает их интенсивность.

Сторонники как теории познания, так и психодинамической концепции считают, что невротические расстройства обычно являются следствием страха, что симптомы вызваны и поддерживаются потребностью смягчить страх (механизмы защиты). Однако не существует доказательств того, что это — единственный путь развития и закрепления симптомов. Некоторые расстройства поведения могут быть следствием того, что отсутствует возможность соответствующего научения либо имеет место неадекватное научение, вызванное непоследовательным или несоответствующим использованием подкреплений. Кроме того, некоторые симптомы могут быть оторваны от первоначального источника страха и поддерживаться вторичными подкреплениями, Конкретным примером может служить открытие Уолтона и Матера (1963). При краткосрочных обсессивно-компульсивных расстройствах достаточно было провести лечение условного рефлекса избегания. В то же время при более продолжительном лечении необходимо было выявить как первоначальные источники страха, так и актуальные ритуалы. Исследователи выдвинули гипотезу, что существование ритуалов при длительных расстройствах уже не обусловлено первоначальным страхом. Кроме того, помимо поддержания их путем вторичного подкрепления, некоторые расстройства, такие как непроизвольные движения или вредные привычки, могут стать самостоятельными в результате биохимических структурных перемен, связанных с их постоянным проявлением. В этих случаях относительно малая эффективность психотерапии, систематической десенсибилизации и реакция на метод повторения патологических реакций или аверсивную терапию отчасти подтверждают гипотезу, что эти расстройства не поддерживаются страхом.

Невзирая на то, что некоторые симптомы, первоначально вызванные страхом, могут уже от него не зависеть, терапевты - бихевиористы должны принимать в расчет и когнитивные факторы, которые могут быть частью некоторых расстройств. Валинс и Рэй (1967) продемонстрировали эффект когнитивной

оценки при уменьшении страхов. Словесные инструкции с успехом применялись для ускорения выработки желаемого поведения. Петерсон и Лондон (1965) подчеркивали роль когнитивных факторов в поведенческом лечении. Они утверждали, что лечение на протяжении трех сеансов трехлетнего пациента с симптомами тяжелого запора стало эффективным в результате соединения словесных инструкций и подкрепления. Значимость мыслей и фантазий при зарождении и поддержании явных расстройств поведения можно понять, учитывая то внимание, которое оказывается им в аверсивных методах. Использование эмоционального воображения как реакции, вызванной в процессе переобусловливания, и предположение, что десенсибилизация в воображении может быть перенесена на явное поведение, ясно показывают, что поведенческие терапевты признают тот факт, что «субъективный психический опыт» может оказывать сильное воздействие на поведение. Тем не менее, по сравнению с многообразием и сложностью человеческого языка и внутренних психологических переживаний способы их использования в большинстве методов поведенческой терапии могут показаться малозначимыми и банальными. Существуют исторические доказательства такого положения вещей, поскольку считается, что поведенческая терапия берет свое начало из экспериментальной теории научения, опирающейся, главным образом, на исследования животных. В клинических условиях она применялась к расстройствам, в отношении которых более тонкие методы исследований часто сталкивались либо с полной неудачей, либо только с частичным успехом.

Определенные отклонения от нормы в поведении могут быть вызваны исключительно ошибочной установкой или убеждением, а их коррекция с помощью простого объяснения, инструкции или демонстрации иногда приводит к моментальному излечению. К сожалению, длящееся какое-то время расстройство, требующее госпитализации в психиатрическую клинику, редко излечивается такими простыми средствами. Скорее всего, это происходит потому, что простым объяснением не удается легко все это поправить, расстройства требуют помощи специалиста. Естественно, что это может быть следствием сложного характера расстройств познавательных механизмов, требующих более квалифицированного, хотя и неизменно когнитивного подхода. Келли (1955) выдвинул теорию, согласно ко-

торой когнитивная структура определяет развитие личности и невроза. Эта теория дает основу для исследования системы личностных конструктов (см. Bannister and Mair, 1968).

В свете этих рассуждений, которые мы только обозначили, поведенческий терапевт должен стараться оценить, является ли первоначальное расстройство пациента двигательным, автономным или когнитивным. Однозначные случаи, которые можно было бы причислить к расстройствам одной категории, встречаются крайне редко, и обычно приходится иметь дело со смешением различных видов (например, обсессивно-компульсивные расстройства). Несмотря на это, многие поведенческие терапевты склонны считать поведенческую терапию синонимом систематической десенсибилизации или инструментального обусловливания. Отсюда идет тенденция рассматривать пациента в рамках недифференциальной, упрощенной теории. Это зачастую приводит к ошибочному применению методов поведенческой терапии. Лазарус четко указал на ошибочность такого узкого подхода и в случаях комплексных расстройств настаивал на применении «широкого спектра поведенческой терапии», который включает использование разных методов (Lazarus 1966b, Lazarus and Seber 1968). Во время лечения терапевт должен использовать принципы научения для точного, систематического использования.

Роль внушения при лечении вызвала большую заинтересованность, и в некоторых техниках внушение является главным терапевтическим фактором. Во многих видах лечения самоанализ или научение являются главными процессами, но внушению также отводится определенная роль. Если улучшение наступает в результате именно внушения, то некоторые теоретики начинают выражать недовольство, поскольку их теория предполагает, что продолжение лечения, осуществленного таким образом, малоэффективно. Исследования, касающиеся физического и психологического лечения, пытаются взять под контроль эффект внушения и плацебо. Это объясняет использование в исследованиях лекарств двойной слепой пробы, при которой пациенты получают изучаемое средство или плацебо. Во время проверки ни драч, ни пациент не знают, что применялось в конкретном случае. Во многих подобных опытах около 30 процентов испытуемых, получающих нейтральную субстанцию, либо идут на поправку, либо их состояние ухудшается. Они оцениваются как реагирующие на плацебо соответствен-

но положительно либо отрицательно. Хотя гораздо чаще говорят об изменениях в области субъективных симптомов, могут иметь место и объективные физиологические изменения (Beecher, 1955; Liberan, 1962; Honigfeld, 1964). Многие полагают, что эффект плацебо является функцией внушения, но корреляции между тестами на внушаемость и реакциями на плацебо незначительны. Более правдоподобным кажется то, что реакция на плацебо не является постоянной чертой личности (Liberman, 1964; Shapiro, 1968), а вызвана особыми клиническими факторами и воздействующей в тот момент средой. Реакцию на плацебо можно также объяснить в терминах обусловливания, согласно которым плацебо является условным раздражителем, приводящим к улучшению в результате ранее испытанного улучшения после приема фармакологических средств (см. Knowles 1963). Существуют данные, показывающие, что большое доверие к врачам, доброжелательное отношение к больнице и лекарствам, высокий уровень терпения вместе со страхом, депрессией и экстраверсией дают позитивную реакцию на плацебо (Black, 1966). При этом важным фактором является сам врач. Давно известно, что врачи добиваются разных результатов лечения, хотя используют те же самые лекарства для пациентов с одинаковой симптоматикой. Влияние терапевта может повысить либо понизить эффективность лечения, но может привести также к более тонким эффектам. Некоторые врачи добивались у своих пациентов различных результатов, применяя активные средства и нейтральные плацебо в двойной слепой пробе, в то время как пациенты других врачей в такой же пробе одинаково реагировали на активные лекарства и плацебо (Uhlenhuth et al., 1959; Joyce 1962). Это ясно доказывает, что замена терапевта может оказывать большее влияние, чем фармакологическое воздействие активных лекарств.

Эффекты плацебо могут играть большую роль, как в психологическом лечении, так и в фармакологической терапии. Когда во время первой беседы пациенту дается таблетка плацебо, то реальное снижение роста субъективных симптомов (страха и депрессии) может наступить уже в конце беседы.

Это симптоматическое улучшение, в отличие от повышения общей адаптивности, остается стабильным в течение длительного времени, и оно, как представляется, не зависит от длительности проведения психотерапии (Frank, 1961; Frank et al.,

1962). Определенное улучшение наступает во время беседы раньше, чем пациент получит таблетку плацебо. Эффект плацебо может быть вызван только лишь диагностической беседой или даже таблеткой, о которой пациент знает, что это «пустышка» (Park and Covi, 1965). Естественно, что на это влияют также ожидания пациента и способы коммуникации между терапевтом и пациентом. Голдштейн (1962, 1968) подчеркивал влияние ожиданий пациента на результат лечения. А Фридман (1963) продемонстрировал высокую корреляцию между ожиданиями пациента, касающимися улучшения, и степенью улучшения, наблюдаемого после первой беседы. Ожидание улучшения можно усилить методом индукции, когда пациента информируют о методе психотерапии и способе, при котором она может помочь ему поправиться (Horhn-Saric et al., 1965). Определение временных рамок лечения также может благоприятно влиять на результат (Philips and Wiener, 1966).

Эти влияния понимаются в категориях надежды, веры, внушения, ожидания (Frank, 1968). Например, каждое объяснение, интерпретация, правильная или нет, может дать нужный эффект в том случае, если пациент их принимает, поскольку они делают его поведение понятным и, следовательно, уменьшают вероятность появления страха. Теоретическое объяснение этих процессов дается в терминах обусловливания или переноса. Нет причин считать, что эти факторы зависят от каких-то теоретических формулировок и не оказывают большого влияния при любом поведенческом методе. Маркс и соавт. (1968) допускали, что внушение может эффективно уменьшить фобии, заслоняя для пациента страх ожидания и облегчая процесс переобучения. Пауль (1966) считал, что эффект плацебо, вызванный вниманием (благодаря которому наблюдалось приблизительно 50-процентное улучшение при систематической десенсибилизации и почти 100-процентное — при терапии самоанализа) оказывал большее влияние на отношение и ожидания, чем на непосредственную модификацию эмоциональных реакций.

Обычной клинической практикой поведенческих терапевтов является объяснение пациенту, как возникают и почему остаются симптомы, а также какие принципы научения будут применяться для того, чтобы они исчезли. Кроме того, пациента, как правило, информируют об эффективности лечения, в котором он будет активно участвовать, передавая ему энтузиазм и надежду терапевта.

Лазарус (1968b) проводил экспериментальные пилотажные исследования, ставя своей целью оценить эффективность объяснений, предложенных пациенту перед сенсибилизацией. Из восьми пациентов, лечившихся без предварительных объяснений, только у четырех наступило улучшение. В то же время у пяти из шести пациентов, которым были предложены объяснения до лечения, наступило улучшение. В том же опыте Лазарус описывает исследование, которое должно было определить влияние внушения и структуры лечения на модификацию поведения. Тридцать пациентов лечили одним из трех способов терапии. В первой группе использовали комбинацию методов поведенческой терапии, во второй группе — «интерпретационную психотерапию». В третьей группе применялась процедура структурированного внушения, состоящего из ряда этапов. Пациентам из этой группы сообщалось, что они будут переходить от одного этапа к другому на основании краткого квалификационного теста. Всем группам сообщали, что лечение будет состоять из 12 сеансов, а в случае необходимости дополнительной терапии они смогут получить ее в другом месте. По данным опросника, во всех группах наступило улучшение, между ними не наблюдалось существенных различий в достигнутых результатах, хотя прослеживалась тенденция получения лучших результатов с помощью поведенческой терапии и структурированного внушения, чем психотерапии. В этих исследованиях есть явные ошибки, выявленные самим автором, но он приходит к выводу, что постепенная структурированная программа лечения, с которой ознакомлен пациент, дает возможность достигать видимых успехов по мере перехода к следующей фазе, то есть может увеличивать эффективность лечения. Лейтенберг и соавт. (1969) показали, что совмещение терапевтических инструкций и позитивного подкрепления с помощью похвалы существенно улучшает эффект систематической десенсибилизации у добровольцев, испытывающих страх перед змеями. В более поздних исследованиях (Olivean et al., 1969) выяснилось, что терапевтические инструкции дают ощутимый эффект, но словесное одобрение после успешного воображения позиции из иерархии не приносит результата.

Разумеется, такие факторы, как внушение, ожидания пациента и терапевта, влияют на отношения, возникающие между пациентом и терапевтом. Психотерапевты всегда особо подчеркивали значение терапевтического союза, который нове-

денческие терапевты до недавнего времени игнорировали. Уилсон и соавт. (1968) пытались анализировать эффективность такого союза по сравнению с научением. Нет единого мнения об их значении и происхождении основных факторов, входящих в их состав (см. Goldstein et al., 1966). Экспериментальные данные из этой области отсутствуют частично из-за методологических трудностей, а также из-за непонимания поведенческими терапевтами значений этих отношений. Розенталь (1966) в серии опытов обратил внимание на скрытую коммуникацию, возникающую между экспериментатором и подопечным во время опытов, и продемонстрировал, как она влияет на поведение испытуемого в данной ситуации. В одном из опытов ожидания экспериментатора вызвали около $0 процентов отклонений. Представляется, что подобные, зачастую скрытые, влияния будут наблюдаться в терапевтическом союзе. Ожидания терапевта, связанные с результатами лечения, влияют на реальные результаты, а на прогноз влияет степень соответствия социально-экономического статуса, уровня образования и черт личности между ним и пациентом. В серии психотерапевтических опытов (главным образом по методу Роджерса) Труа и Кархуфф (Truax and Carkhuff, 1963, 1964; Truax, 1966a) смогли показать положительную корреляцию между тремя составляющими терапевтических отношений: эмпатией, принятием, аутентичностью — и успешным результатом лечения. Эта работа производит сильное впечатление, поскольку в ней использовалась надежная оценочная шкала переменных в межличностных отношениях, позволяющих сравнивать результаты опытов в негуманистической психиатрии. Позже Truax и соавт. (1968) сообщили, что улучшение в психотерапии также связано с «потенциалом терапевта», который оценивают независимые судьи. Как уже было сказано в главе 1, К. Роджерс подчеркивал, что три важных фактора, которые он использует, не обусловлены специфическими замечаниями или поведением пациента. Однако Труа (1966Ь) провел другие исследования, которые ставят это под сомнение. Пять клиницистов изучили случайно выбранные образцы записей терапевтических сеансов, с успехом проведенных Роджерсом. Их результаты показывают, что он реагировал по-разному на пять из девяти исследуемых аспектов поведения пациента, в четырех из пяти видов поведения наступило их существенное усиление. Терапевт проявлял больше эмпатии и аутентичности в тех случаях,

когда высказывания пациента были ясными и свидетельствовали о проведенном самоанализе или когда он выражался в стиле, напоминающем стиль терапевта; следовательно, мог иметь место эффект подкрепления. Данные исследования показывают, что можно провести поведенческий анализ некоторых психотерапевтических параметров. Truax утверждает, что можно успешно исследовать влияние частоты, интенсивности и системы подкрепления на специфическое поведение, выбранное для подкрепления. Эти выводы, а также работа о словесном обусловливании и скрытой коммуникации показывают, что терапевт в недирективной терапии может неосознанно влиять на пациента. Поэтому это нужно учитывать при оценке истинности психодинамической теории на основе терапевтических данных.

Существует доказательство, что терапевт и характер его союза с пациентом влияют на результат поведенческой терапии. Например, Шмидт и соавт. (1965) привели результаты поведенческой терапии, осуществляемой четырьмя психологами. Сравнение этих результатов показало значительные различия количества пациентов, у которых наступило улучшение во время лечения, и тех, которые закончили лечение преждевременно. Кенинг и Мастерс (1965) попытались оценить три вида лечения заядлых курильщиков: десенсибилизацию, аверсию и поддерживающую терапию.

Семеро терапевтов лечили двух пациентов тремя методами в течение девяти сеансов. Степень ограничения курения не была связана с каким-то определенным методом лечения, но существенно зависела от терапевтов. Эффективность лечения была связана с тем, что пациенты ожидали положительного результата лечения, а неэффективность — с их положительной оценкой терапевта. Однако это нельзя считать окончательным тестом эффективности методов лечения курильщиков, поскольку нет оснований ожидать, что определенный метод лечения даст положительный эффект. Крисп (1966) нашел определенные доказательства того, что существует связь между клиническим изменением во время поведенческой терапии и отношением пациента к терапевту, измеряемым специальной техникой.

Многие терапевты считают, что позволительная установка отношение является важным условием терапевтических изменений. Приводятся аргументы, что акцептация терапевтом чувств и мыслей пациента, вызывающих страх, приводит к

уменьшению страха. Эту гипотезу частично подтвердил эксперимент Диттиеза (1957a и 1957b), который показал, что после принятия терапевтом позволительной установки, наступило постепенное уменьшение страха пациента (оцениваемого на основании кожно-гальванической реакции), а также избегательного поведения.

Разумеется, в терапевтических союзах можно идентифицировать и измерять некоторые процессы, отвечающие за изменение поведения. Теоретические описания этих процессов и приписываемое им значение различны. Теория ролей, перенос или принципы научения, по-видимому, отличаются терминологией и принятыми концепциями, но описывают подобные процессы. Например, можно объяснить эмоциональную связь между пациентом и терапевтом в категориях психоаналитического переноса на терапевта чувств, испытанных пациентами в детстве к родителям, или в категориях классического обусловливания, при котором терапевт является условным раздражителем, вызывающим эмоциональные реакции, или в категориях инструментального обусловливания, когда терапевт действует как источник разграничительных и подкрепляющих стимулов, особенно социальных. Бандура подчеркивал, что терапевт может быть ценной моделью, установкам, ценностям и поведению которой будет подражать пациент. Если пациент каким-то образом награждается терапевтом, то мнение терапевта получает вторичное подкрепление.

Целью некоторых исследований методов поведенческой терапии, описанных в этой книге, был контроль неспецифичных факторов, таких как наличие терапевтических союзов и их продолжительность. Существуют неожиданные доказательства, например, в работах Дэвисона, Гельдера и Панта, что улучшения при лечении некоторых страхов и фобий невозможно объяснить действием данного метода лечения, что в систематической десенсибилизации существует какой-то дополнительный фактор, отвечающий за лучший результат. Тем не менее, очень сложно эффективно контролировать неспецифичные факторы в тех случаях, когда данная ситуация, ожидания терапевта и пациента, а также характер терапевтического союза могут быть скрыты и неповторимым образом связаны с определенным методом лечения. Необходимо осознать, что по этой причине все исследования лечения, цель которых — контролировать терапевтический союз, могут контролировать лишь специфи-

ческую связь, которая, как часто показывают результаты, не является «терапевтической». Беседа на нейтральные темы и 45-минутное интервью, посвященное возможным причинам страха, создают отношения, отличные от тех, которые возникают в том случае, если терапевт играет более активную ролы проводит систематическую десенсибилизацию, имплозивную терапию, отреагирование, внушение, гипноз или недирективную терапию. Эти отношения также зависят от черт личности и ожиданий терапевта и пациентов. Итак, удовлетворительный контроль терапевтического союза невозможен. Иначе говоря, по-видимому, невозможно, отделить этот союз от взаимодействий, происходящих в данное время. Из этих рассуждений следует, что контролирование отношений неизбежно остается достаточно приблизительным. Приходится признать, что ранее поведенческие терапевты уделяли недостаточно внимания этим переменным. Открытие соответствующих факторов и процессов, а также их систематическое исследование при лечении, несомненно, увеличат общую эффективность терапии. Вероятно, переменные, касающиеся союза, играют несколько большую роль в некоторых видах лечения и у некоторых пациентов по сравнению с другими. У пациентов, страдающих межличностным страхом перед общением, которых лечат методом инструментального обусловливания или моделирования, терапевтические отношения могут играть более значительную роль, чем в случае десенсибилизации пациента с односимптомной фобией. Доннер и Герней (1969) показали, что десенсибилизация добровольцев со страхом перед экзаменами была почти одинаково эффективной как при использовании автоматической записи, так и при участии терапевта. Вид требуемых отношений может различаться в зависимости от метода лечения и вида заболевания. Позволительная терапевтическая атмосфера может помогать пациентом с преувеличенным страхом и чувством вины, но может мешать при дифференцированном научении в случае пациента с антисоциальным поведением.

В литературе широко обсуждалось прогностическое значение мотивации пациента, уровня страха и типа личности. Результаты экспериментов, связанные с этой проблемой, немногочисленны и довольно противоречивы. Чаще всего повторяется тезис, что лица с неопределенным страхом или невротическими симптомами хуже реагируют на поведенческую терапию. Это можно объяснить с помощью теории, согласно которой

страх действует как недифференцируемое влечение, которое активизирует существующие привычки (генерализация мотивации — Kimble, 1961). Итак, наличие страха, независимо от его источника — внешнего или внутреннего, может тормозить попытки лечения каждого симптома отдельно. Однако в настоящее время неопределенный страх не является абсолютным противопоказанием к использованию поведенческой терапии, а скорее требует объединения терапевтических методов. Мотивация всегда имеет значение при склонении пациента к лечению и налаживанию сотрудничества с ним, а также, по всей видимости, влияет на эффективность лечения.

В заключение можно сказать, что исследования в этой области являются началом систематического изучения влияния таких неспецифичных факторов, как терапевтический союз и ожидания, которые клиницист уже интуитивно осознавал, правда, не настолько, чтобы ими сознательно манипулировать или строить гипотезы, которые можно проверить. В настоящее время можно заново описать эти процессы в соответствии с принципами научения и общей психологии. В поведенческой терапии не следует пренебрегать этими аспектами, а нужно использовать их в соответствии с теоретическими положениями. Неспецифичные факторы, описанные в этой главе, неизбежно присутствуют в любом методе лечения, и наивно полагать, что какая-нибудь терапевтическая процедура может использоваться в чистом виде.

По нашему мнению, поведенческая терапия является направлением лечения, основанным на ясных и систематически изложенных принципах научения, вытекающих из экспериментальной психологи и клинических открытий. Она не является ответвлением специфической психологической теории, а также не стремится к созданию стандартных методов лечения определенных заболеваний. Нельзя исключать ни одну терапевтическую стратегию, если она гарантирует максимальное использование процессов научения.

Глава 8. КЛИНИЧЕСКОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

В данной главе обсуждаются некоторые проблемы, с которыми поведенческий терапевт сталкивается в клинической практике при лечении психического заболевания. Проблемы касаются выбора пациентов, определения симптомов, которые можно лечить, методов терапии и проведения лечения. Сделана попытка конструктивно обсудить эти темы, основываясь на опытах с различными методами поведенческой терапии, использовавшимися при лечении 150 пациентов, большинство которых страдали невротическими расстройствами с преобладанием фобических состояний страха.

Из-за связи поведенческой терапии с экспериментальной психологией большинство поведенческих терапевтов — психологи без медицинской квалификации. Следовательно, они не могут проводить медицинское освидетельствование или лечение лиц, страдающих соматическими заболеваниями. Однако в некоторых техниках поведенческой терапии используются медицинские процедуры, например лекарства, вызывающие релаксацию, или фармакологическое возбуждение отвращения. Независимо от приведенных выше рассуждений лечение пациентов в Великобритании происходит в профессиональных рамках, в которых пациенту и терапевту отведены определенные роли, и оба ощущают себя в безопасности благодаря хорошо отрегулированным правилам поведения, основанным на юридических санкциях (с целью защитить интересы пациента и немедицинского лечащего персонала). В связи с этим лицом, отвечающим за ход лечения, обычно является психиатр. Он проводит предварительную диагностику новых пациентов, а

затем тех, кто мог бы получить пользу от поведенческой терапии, направляет к соответствующему терапевту. Если терапевт считает, что есть показания к поведенческому лечению, он начинает его, но разделяет терапевтическую ответственность с психиатром. Поэтому по попятным причинам психиатр с осторожностью направляет пациентов к терапевту и знакомится с диагнозом, поставленным каждому пациенту, а также с терапевтическими действиями, которые терапевт намерен применить. Беспокойство психиатра может увеличиваться в связи с необычными терапевтическими формами лечения, в ходе которых пациент подвергается воздействию аверсивных методов или практическому переучиванию, выходящим за рамки традиционного медицинского лечения. Иногда психиатр может ограничить использование этих методов, помня о своих интересах и репутации. Собственно говоря, существование двойной ответственности защищает основные интересы пациента. Эта система функционирует вполне удовлетворительно, если психиатр и терапевт хорошо понимают друг друга. К сожалению, так бывает не всегда. Положение ухудшают некоторые авторы, пишущие на тему поведенческой терапии, которые пренебрежительно относятся к другим концепциям лечения психических расстройств и выражают преувеличенную уверенность в эффективности поведенческой терапии и в ее принципах «современной теории научения». Это создает впечатление, что у поведенческого терапевта есть панацея от всех бед, состоящая из набора хорошо отработанных, рутинных методов лечения. Как мы могли удостовериться, это далекое от истины представление ведет к ненужным последствиям: к чрезмерному оптимизму или к неприятию поведенческих методов.

Хотя, на первый взгляд, такие споры побуждают к осмыслению теории, а также экспериментальных и клинических исследований, на самом деле они лают больше «жара», чем «света». Осторожная дискуссия между поведенческими терапевтами, психотерапевтами и психиатрами позволяет им лучше понять друг друга. Наш собственный опыт говорит о том, что обычно она открывает хорошие перспективы для достижения согласия в области этиологии и возможных терапевтических стратегий. Ни у кого нет монополии на истину в последней инстанции, и все методы лечения приносят определенные успехи.

Выбор пациентов для поведенческой терапии

В настоящее время психиатр, полагая, что он готов признать поведенческую терапию, чаще всего склонен взять пациентов, расстройства которых могут быть представлены согласно модели С—Р. На практике это в основном пациенты с относительно изолированными фобиями или с аномалиями поведения. Реже берут пациентов с более распространенными симптомами, такими, как неопределенный страх, деперсонализация и компульсивные симптомы, а также пациентов с плохой приспособленностью к большинству жизненных ситуаций (в диагностических категориях — смешанные неврозы и расстройства личности) и пациентов с психозом. Эти критерии выбора были подкреплены сообщениями о том, что поведенческая терапия более эффективна в случаях отдельных специфичных симптомов. Другой тип пациентов, все чаще попадающих в наши отделения, составляют те, у кого наступило улучшение после фармакологического лечения или психотерапии в области сложного комплекса невротических симптомов, но остались определенные специфичные симптомы: фобии или компульсивные ритуалы, которые могли бы исчезнуть в результате поведенческой терапии. Третий тип пациентов составляют больные с расстройствами, не поддающимися другим методам лечения, и поведенческая терапия становится для них последней надеждой.

С прагматической точки зрения обозначенные критерии выбора понятны, учитывая нынешнее состояние знаний, и служат приблизительными указателями. Однако в свете возрастающего числа доказательств того, что методы поведенческой терапии могут быть с успехом использованы при некоторых сложных неврозах и психозах, обозначенные критерии отбора должны быть модифицированы. Действительно, наши собственные данные говорят о том, что нет тесной связи между разделением расстройств на «простые» и «сложные» и их реакцией на поведенческую терапию. Некоторые пациенты с изолированными фобиями не выздоравливают, в то время как другие с длительными и сложными симптомами, хватающиеся за соломинку, поправляются на удивление быстро. Проблема состоит в том, что определено только не-

сколько критериев, позволяющих предвидеть восприимчивость к поведенческой терапии и отсутствие каких бы то ни было противопоказаний.

Методы поведенческой терапии

При первоначальной диагностической оценке полезно установить формальный психиатрический диагноз. Он часто позволяет определить основной метод лечения, используемый для лечения органических и функциональных психозов. При менее четко определенных невротических расстройствах и расстройствах личности важно определить, связаны ли они с психозом или являются результатом соматических заболеваний, поддающихся лечению, поскольку в этом случае поведенческая терапия не должна выступать на первый план. Однако большинство неврозов и расстройств личности не связано с психозами или соматическими заболеваниями, поддающимися лечению. Мы видели, какими сложными могут быть факторы, отвечающие за возникновение и удержание нарушенного поведения. Здесь желательны подробное психиатрическое интервью и феноменологический анализ симптомов, а также отдельный поведенческий анализ. Психодинамическая концепция может оказать практическую помощь как поведенческому терапевту, так и психиатру. Поведенческие терапевты практически единодушно считают, что самым трудным для них заданием является как раз анализ симптомов пациента, от которого зависит рациональная программа лечения. В этот анализ входит распознание основных проблем пациента и определение па-правления, в котором будет проводиться терапия. Здесь недостаточно простых расспросов пациента, чтобы выяснить, что для него является главной проблемой, или наблюдения за его поведением. Такой ограниченный и наивный подход часто ведет к неправильному анализу и ошибочному использованию терапии. Проиллюстрируем это на нескольких примерах. Повторяющиеся неудачи на экзаменах у студента университета могут быть вызваны одним или несколькими факторами, такими, как недостаточные знания, замедление интеллектуальных реакций, высокий уровень страха, депрессия, навязчивая идея многократно проверять правильность ответа, наплыв мыслей, не связанных с данным делом, а также неэффективная подготовка к экзаменам. Многие из этих факторов могут действовать вместе, и естественно, что, в зависимости от главных причин академической неуспеваемости, могут быть использованы разные методы лечения. Ребенок может проявлять явно изолированный симптом — избегание школы. Это может быть вызвано страхом перед каким-либо аспектом школьной ситуации, страхом отдаления от дома или возможностью найти бо-

лее интересные занятия: попасть пол заботливую опеку матери, посетить интересный город или обчистить уличный автомат. Здесь снова могут действовать несколько факторов, и соответствующее лечение будет зависеть от точного диагноза. Страх может быть переобусловлен, если его причины определены. А инструментальное обусловливание, включающее родителей и учителей, может привести к соответствующей модификации подкреплений, в результате чего посещение школы может стать более радостным. Повсеместно утверждается, что при агорафобии, клаустрофобии и фобиях, связанных со сложными расстройствами, установить количество факторов, вызывающих страх, бывает очень трудно. Агорафобия может в большой степени появиться как результат предыдущих тяжелых переживаний на улице, например дорожно-транспортного происшествия; страха перед возможностью встретить враждебных людей и т. д. Агорафобия может быть подкреплена членом семьи пациента, который получает удовольствие, ставя его в зависимость от себя. Часто человек, страдающий агорафобией, осознает специфические конфликты или страхи в конкретной фобической ситуации, например: страх перед смертью, навязчивая идея убить кого-нибудь или желание обнажиться. Вторичные выгоды, такие, как удовлетворение от того, что его воспринимают как инвалида, или отсутствие необходимости ходить на работу, могут играть существенную роль при удержании симптомов. Фобии могут возникать из-за отсутствия соответствующих реакций, вызванного скорее недостатком соответствующего научения, чем деструктивным влиянием страха. Отсутствие способности дружить или быть уверенным в себе может являться первоосновой ситуативных фобий.

Всегда важно установить, является ли страх причиной возникновения отдельных симптомов. Например, когда пачкаются испражнениями, то это иногда вызвано скорее удовольствием загрязниться, чем страхом перед посещением туалета или болезненной дефекацией. Двигательные расстройства, например компульсивные ритуалы, могут, но не должны быть вызваны страхом. Может быть необходима непосредственная модификация инструментальной реакции. Также ошибочно предположение, что нарушенное поведение у психотических пациентов всегда является результатом неверной схемы социального подкрепления. Некоторые симптомы могут быть вызваны страхом или

когнитивными процессами, и наиболее эффективным станет лечение, направленное на их устранение.

Поведенческий анализ особенно труден в сложных случаях. Иногда возникает впечатление, что разнообразные симптомы можно объединить одним термином. Пациент может жаловаться на страх перед поездами или автобусами, перед походам в кино и театр, перед участием в официальных встречах и приемах, перед сексуальными контактами. Однако в каждой из этих ситуаций необходимо определить специфические источники страха. Пациент прежде мог терять сознание в подобных ситуациях, мог подвергаться острой критике или пережить агрессивные побуждения по отношению к другим людям. Страх быть отвергнутым или потерпеть неудачу может быть основой самых разнообразных фобий. В этом случае можно попробовать произвести десенсибилизацию страха перед неудачей вместо того, чтобы лечить отдельно каждую ситуационную фобию.

Другой вид проблемы встречается у пациентов, у которых на уровне поведенческого анализа обнаруживается определенное количество не связанных между собой симптомов. Пациент может обращаться по поводу психического отвращения к пище, но он может одновременно быть алкоголиком и жаловаться на боязнь пространства и чувство деперсонализации. Основным недомоганием другого пациента была невозможность выполнять свои обязанности на работе, но, кроме того, у него обнаружилось компульсивное мытье рук, робость и покорность но отношению к начальству, импотенция и эпизодические депрессии. Возможно, кто-то мог бы попробовать лечить эти симптомы по отдельности или выбрать основной симптом. К сожалению, терапевты зачастую не располагают методами оценки; являются ли симптомы независимыми, или же они зависят от «основного» расстройства; и это приводит к трудностям при планировании лечения. В начале можно руководствоваться психодинамической концепцией, которая упорядочивает эти разнообразные симптомы. Однако здесь желательна эмпирическая оценка разных методов выбора симптомов для лечения.

В последнее время предпринимались попытки создать шкалы, которые позволили бы измерить диапазон и интенсивность специфичных страхов, а также общий показатель «боязливости» (Wolpe and Lang, 1964; Geer, 1965; Manosevitz and Lanyon, 1965). Проведено несколько исследований с целью определения их надежности и правильности (Grossberg and Wilson, 1965;

Lanyon and Manosevitz, 1966; Cooke, 1966, Rubin et al., 1968). Эти шкалы были представлены ученым и клиницистам с целью планирования лечения и определения перемен. Они оказались подходящими и ценными для определения возможных для наблюдения проявлений в ситуациях, вызывающих страх. Однако Рубин и соавторы (1968) при анализе перечня факторов страха, содержащего 51 позицию, установили, что эти позиции происходили из четырех главных областей и не относились к полностью независимым видам страха. Поэтому использование общего показателя страха для формирования выборки испытуемых а сравнительных экспериментах могло бы привести к ошибке. Другое важное возражение состоит в том, что шкалы страха были проверены на непсихиатрической популяции и их пригодность в отношении психиатрических пациентов еще нужно установить. Вообще, перечень страхов, как и шкала проявлений страха Тейлора (Taylor, 1953), в этом случае имеют ограниченную пригодность, поскольку не различаются специфичные страхи.

Кроме того, все анкеты могут быть ошибочными или на них может влиять способ ответа. Некоторые косвенные методы, как, например, измерение реактивности автономной нервной системы, позволяют исправить некоторые недостатки анкеты, но они не всегда коррелируют с субъективным чувством страха и наличием клинических симптомов. В настоящее время они чаще используются как исследовательские инструменты, чем как практическая помощь при планирования лечения.

Способ, которым пациент с его личным опытом и симптомами видит мир, может оказаться более подходящим показателем для анализа расстройства его поведения. Если это предположение окажется правильным, то метод Келли (Kelly, 1955), позволяющий систематически исследовать значения зависимости используемых пациентом понятий при получении его собственного опыта, может оказаться полезным для прослеживания зависимости между отдельными симптомами. Однако до настоящего времени наиболее легким методом оценки остаются точные клинические исследования, подкрепленные объективным интервью и непосредственным наблюдением за поведением пациента. Терапевт обязан занимать прагматическую позицию и лечить главные, «центральные» расстройства, лучшего всего поддающиеся лечению пове-

денческими методами. Если пациент слабо реагирует на лечение по предварителью-

му плану, необходим повторный анализ расстройств пациента, подкрепленный дальнейшей информацией, полученной в ходе лечения. Разумеется, при наличии нескольких симптомов необходимо решить, что лучше: выбрать одно или несколько расстройств для предварительного лечения или пытаться лечить все расстройства одновременно. Лазарус полагает, что в случае сложных расстройств необходима система мер, с самого начала лечения направленная против их всех (Lazarus, 1968; Lazarus and Serber, 1968). Однако это может привести к избыточным терапевтическим действиям и практическим сложностям, поскольку улучшение в границах симптома, подвергнутого лечению, часто вызывает улучшения других симптомов, которые не привлекали особого внимания. Уменьшение интенсивности боязни пространства может привести к лучшей приспособленности к работе, к улучшению финансового положения, уменьшению социальной изоляции, исчезновению страха и депрессии. Трудность вызывает необходимость предварительно определить «ключевые симптомы», уменьшение которых вызовет общие улучшения. С помощью истории развития болезни, поведенческого анализа и психодинамической концепции иногда можно успешно идентифицировать такие симптомы. Уилсон и Эванс (1967) пытались объяснить появление общего улучшения в результате лечения специфического симптома с помощью теории Халла, которая предусматривает существование различных серий привычек, расположенных в иерархическом порядке. Если подкрепляется или тормозится некая позиция иерархии, то это касается всего комплекса, всех компонентов. К сожалению, эта гипотеза не позволяет точно определить, сколько иерархических групп вызывает аномальное поведение пациента.

Поведенческая терапия широко критиковалась не только в связи с се теоретическими принципами этиологии, которые считались слишком наивными и тривиальными, но также из-за терапевтических методов, предусматривающих манипулирование повелением и контроль за ним. По нашему млению, она несправедлива. Мы признаем фундаментальное значение гуманитарного подхода и уважения к личности, но считаем, что философия не должна ради эстетического удовлетворения затмевать теоретические концепции, которые оказывают пациенту более эффективную помощь. Пациен-

ты, которые придают большое значение самопониманию и самоанализу, могут

оказаться в худшем положении, если их психические расстройства хуже реагируют на «терапию самоанализа», чем на поведенческую терапию, поскольку у них будет меньше мотивации ко второму типу лечения. Разумеется, необходимо учитывать отношение пациента к лечению и его ожидания, хотя бы в связи с их потенциальным влиянием на результаты лечения. Если диагностический анализ указывает на значение когнитивных, аффективных и поведенческих факторов в данном заболевании и поведенческий метод является в данном случае методом по выбору, нужно убедить пациента в необходимости его применения.

Обычно терапевт демонстрирует экспериментальные и клинические данные, которые показывают эффективность метода. Рекомендуется поступать именно так, поскольку это способствует установлению терапевтической ситуации и мобилизации ожиданий, а также внушению благоприятного результата. В отличие от научного работника терапевт должен максимально использовать лечебные свойства данного метода. Естественно, с этим связана опасность излишне оптимистического или ошибочного подхода. По нашему мнению, следует использовать реалистическое объяснение и подчеркнуть значение активного участия и сотрудничества пациента.

Если для лечения выбран какой-то специфичный симптом, могут возникнуть сложности с удержанием его в рамках экспериментального контроля. Например, если планируется лечение фобического страха методом десенсибилизации, важно, чтобы пациент не испытывал страха из-за возможности возникновения ситуаций, вызывающих фобию. Изолированная фобия змей в этом случае не должна создавать проблем, поскольку встреч со змеями можно сравнительно легко избежать. Но пациент с интенсивной боязнью открытого пространства, с частыми приступами паники, может иметь проблемы с избеганием ситуаций, вызывающих страх вне терапевтической ситуации. В связи с этим большинство таких пациентов необходимо госпитализировать, но и в этом случае бывает трудно создать условия, не вызывающие страха. Трудно предотвратить возникновение таких симптомов, как навязчивые мысли и действия, тики или заикания вне терапевтического лечения. Чтобы их контроли-

ровать, часто необходима большая изобретательность и госпитализация с постоянным надзором и некоторым ограничением активности.

Выбор терапевтических методов

Для лечения многих симптомов можно выбрать несколько методов поведенческой терапии. Психогенную рвоту или компульсивные ритуалы можно лечить с помощью систематической десенсибилизации, аверсиеной имплозивной терапии, позитивного или инструментального обусловливания или смешанными методами. Однако сразу следует подчеркнуть, что не существует стандартизированных методов или точных показаний к применению определенного метода для лечения конкретных симптомов. Планирование лечения заключается в гибком подходе к каждому пациенту и точном определении этиологии. Если диагностированный симптом актуально поддерживается страхом, то предварительным методом по выбору может быть его десенсибилизация. Если предполагается, что симптом поддерживается благодаря вторичной выгоде (например, привлечение внимания), то выбранным методом может стать инструментальное обусловливание. Если страх уже не играет роли в поддерживании инструментальных реакций, можно рекомендовать метод аверсивной терапии или метод повторения патологических реакций. Если предполагается, что данный симптом вызван отсутствием некоторых поведенческих реакций (например, отсутствием навыков общения), то можно начать с тренинга с использованием инструкций, подражания или моделирования. Иногда трудно решить, следует ли лечить мужа или жену, родителей или ребенка. Выбор может заключаться в решении лечить враждебность одного или пассивность другого. При выборе планируемого метода лечения терапевт должен опираться на свою диагностическую оценку и знание соответствующих методов. Часто план меняется в зависимости от улучшения состояния пациента и получения дальнейших информации о факторах, влияющих на его поведение. Кроме того, есть экспериментальные доказательства, что выбор лечения может зависеть от черт личности. Например, Айзенк (1968 Ь) считал, что последствия наказания зависят от степени экстраверсии. Для интровертов

более эффективным подкреплением является награда, а для экстравертов — наказание. Однако прежде чем можно будет использовать эти данные при лечении пациентов, необходимо провести дальнейшие исследования в этом направлении.

Проблемы, связанные с использованием терапевтических методов

Во время лечения терапевт часто сталкивается с трудностями. Частично они вызваны отсутствием стандартных методов. Мнения об «основных процедурных принципах» различны, а нарушение этих принципов не всегда приводит к явному вреду. Большинство трудностей возникает из-за индивидуальных различий в реакциях пациентов на отдельные методы лечения. Трудности в ходе систематической десенсибилизации могут возникать при составлении иерархии стимулов страха. Независимо от уже обсуждавшейся проблемы: можно ли распознать симптомы с точки зрения одной темы, -- трудности могут быть связаны с диагностикой переменных, влияющих на интенсивность вызванного страха, Пациент часто не знает отдельных факторов, вызывающих страх, и его следует расспрашивать о них или просить представить себе некоторые ситуации, а иногда даже создавать ситуации, позволяющие наблюдать за его реакциями. Пациент мог избегать фобических ситуаций целые годы и почти не помнит о них. При фобиях животных часто важны расстояние до животного, его размер и подвижность. Во время практического переучивания двоих пациентов, которые не отреагировали на систематическую десенсибилизацию в воображении, выяснилось, что главным фактором, вызывающим беспокойство, было неожиданное быстрое движение животного. Это не было учтено в иерархии страха.

Не существует точных методов составления иерархии так, чтобы каждая очередная сцена вызывала одинаковый рост страха. К счастью, это, скорее всего, не нужно. Пациента просят разместить в иерархии каждую позицию, это может быть дополнено упорядочиванием реальных жизненных ситуаций. Если десенсибилизация очередной сцены вызывает трудности, можно *ad hoc* ввести промежуточные факторы. Иногда бывает необходимо заново упорядо-

чить позиции иерархии. Если достоверность последовательности вызывает сомнения, следует перетасовать карточки с позициями, чтобы пациент заново расположил их в иерархическом порядке, что позволит выявить несоответствия.

В методах переобусловливания в качестве противоположной реакции чаще всего используется мышечная релаксация.

У некоторых пациентов трудно вызвать расслабление мышц, но даже в случае успеха у них отсутствуют субъективные ощущения спокойствия и расслабления. Мышечная релаксация часто неэффективна у детей. По-видимому, некоторые пациенты ощущают специфичный страх перед расслаблением и гипнозом. Они объясняют это тем, что боятся выставить себя на всеобщее обозрение, потерять контроль, и опасаются доминирующей роли терапевта. Иногда эти страхи можно устранить, изменив метод или подчеркнув уверенность в сохранении пациентом контроля над собой. Можно провести десенсибилизацию страха перед расслаблением. Если нельзя использовать мышечную релаксацию, можно применить другие методы, описанные в главе 4, — например, эмотивное воображение или метод смягчения страха. Однако с ними проводилось мало опытов, и их эффективность еще не установлена.

Другой способ вызова мышечной релаксации — использование таких лекарств, как диазепам метохекситоп натрия (brevital sodium). Этот метод также редко применялся в клинической практике, что вызывает теоретические и. практические проблемы. Теоретическая трудность заключается в том, что седативные средства могут препятствовать обусловливанию. Практические трудности возникают в том случае, если пациенты боятся уколов и лекарств, если их прием вызывает зависимость, а также и том случае, если применение лекарств вызывает неприятные нарушения настроения или реагирования (Reed, 1966; Sergeant and Yorkston, 1968). Некоторые предварительные отчеты об использовании расслабления, вызванного лекарствами, были оптимистическими, что позволяет проводить дальнейшие исследования (Brady, 1966, 1967; Friedman, 1966a, Friedman and Silverstone, 1967; Kraft, 1967; Worsky and Friedman, 1967). Неудовлетворительные результаты, полученные Йоркстоуном и соавт. (1968), обсуждались в главе 6. На основании теории Дэвисона о значении сознательно вызванного мышечного расслабления *к* рассуждений о влиянии когнитивных факторов Дэвисон и Валинс (1968) полагали, что в случае использования лекарств для релаксации следует объяснить пациенту, что они должны лишь помочь ему достичь расслабления и что состояние релаксации вызвано не только лекарствами. Брэди использовал этот метод, применяя мето-

хекситон. Дэвисон и Валинс считают, что общую эффективность транквилизаторов можно повысить, внушив пациенту,

что он сам сознательно расслабляется, и призвав его убедиться, что он уже не испытывает беспокойства в ситуациях, которые прежде вызывали страх.

При постепенном воображении позиций иерархии могут возникнуть сложности, если окажется, что пациент не может их представить, или ему тяжело это сделать, или если во время их представления он не чувствует страха. Можно попробовать включить в представление позиции все органы чувств, поскольку у людей часто отмечается различная чувствительность в этой сфере. Можно попросить пациента громко обсуждать очередные позиции (Badri, 1967), можно также использовать иллюстрации или магнитофонные записи, если выяснится, что они вызывают страх.

Продолжительность воздействия каждого фактора измеряется с момента появления четкой картины. Следовательно, терапевт зависит от пациента, который знаками сообщает ему, что представляет данную сцену или испытывает страх. Обычно терапевт обращает внимание на каждое видимое проявление поведения, например на движение или выражение лица, которые могут свидетельствовать о страхе, даже если пациент о нем не сообщает. Страх имеет поведенческие и автономные компоненты, и было бы глупо игнорировать его проявления. Лазарус (1968с) рекомендует спрашивать пациента, чтобы проверить, насколько эффективно он представляет данную сцену, и определить его эмоциональное состояние. Несмотря на старательно проводимую десенсибилизацию, у некоторых пациентов возникают ухудшения, то есть возникает страх на раздражители, которые уже подвергались десенсибилизации. Иногда это может быть вызвано приступом паники и воздействием фобической ситуации, которая еще не подвергалась десенсибилизации перед очередным сеансом. Независимо от причин появления рецидива следует расспросить об этом пациента перед началом каждого сеанса и в случае необходимости повторить десенсибилизацию.

Если генерализация не произойдет, необходимо попытаться использовать более реалистичные стимулы с помощью фотографий, магнитофонных записей или, если это возможно, практического переучивания. Высокую эффективность последнего способа продемонстрировали Барлоу и соавт. (1969)

при лечении добровольцев, боящихся змей. Разумеется, в случае некоторых фобий, например боязни молний, боязни откры-

того пространства и многих социальных фобий, возникают трудности при разработке иерархии реальных стимулов. Кроме того, такие процедуры отнимают у терапевта много времени, и может оказаться очень трудно поддерживать переобусловленную реакцию в жизни так, чтобы пациент не испытывал страха.

Эти рассуждения показывают, что целесообразно соединять десенсибилизацию в воображении с практической десенсибилизацией. Если фобический стимул можно принести в кабинет, то после достижения десенсибилизации на воображаемый стимул демонстрируется настоящий стимул; сначала когда пациент находится в состоянии релаксации, а затем в обычном состоянии. Если фобический стимул нельзя принести в кабинет, например, в случае боязни открытого пространства, пациент привыкает к определенному путешествию в сопровождении терапевта. Затем трасса делится на возрастающие по протяженности отрезки. Пациент проходит десенсибилизацию в воображении на самом коротком отрезке, а затем действительно его преодолевает. Его просят упражняться между сеансами с позициями иерархии, уже подвергнутыми десенсибилизации, и повторять десенсибилизацию в воображении перед путешествием, если он сомневается, что сможет совершить его без чувства страха. Данный подход соединяет некоторые преимущества обоих методов, а предварительная десенсибилизация в воображении уменьшает необходимость составления точной иерархии во время тренинга, что является сложной задачей. Кроме того, терапевтическая процедура кажется пациентам более реалистической, и они сильнее верят в ее эффективность. Одновременный практический тренинг также позволяет пациенту и терапевту постоянно оценивать прогресс и степень генерализации. Наши предварительные результаты сравнительных исследований десенсибилизации в воображении и методов, соединяющих воображение с лечением *in vivo,* подтверждают вывод Гарфилда и соавт. о том, что комбинированное лечение дает лучшие результаты.

Серия исследований, проведенных Бандура и его соавторами (Bandura, 1968), о которых уже рассказывалось в предыдущих главах, подтверждает гипотезу о том, что чем реалистичнее раздражители, вызывающие фобию во

время лечения, тем лучше результат устранения реакции избегания. Аналогично соединение наблюдения за несколькими живыми моделями, не

испытывающими страха с постепенным участием пациентов, страдающих фобиями, в ситуациях, которые их вызывают, было более эффективным, чем только наблюдение за живыми моделями. В свою очередь, наблюдение было более эффективным, чем наблюдение за символической моделью (фильм) или систематическая десенсибилизация в воображении (Bandura and Menlove, 1968; Ritter, 1968). Следует помнить, что эти данные были получены при лечении пациентов со специфичными фобиями животных и требуют подтверждения для психиатрических пациентов. Однако они показывают, как можно использовать процедуры моделирования и разделения в сочетании с десенсибилизацией в воображении и практическим переучиванием.

Аверсивная терапия вызывает возражения этического характера, а также теоретические и технические проблемы. Врачи и терапевты должны следить, чтобы не причинить больше вреда, чем пользы, и часто должны решать, лечить пациента или оставить все как есть, а также выбирать способ лечения из нескольких методов различной эффективности и опасности. Это может приводить к трудным клиническим решениям при широком спектре заболеваний. Особые трудности при использовании аверсивной терапии представляют проблемы, касающиеся применения наказания, а также типы нарушений поведения, при которых ее следует применять. Хотя наказание часто санкционировано государственными органами и используется учителями и родителями, многие люди, в том числе врачи, чувствуют отвращение к использованию наказания в качестве метода лечения пациентов. Однако если это наиболее эффективный или единственный метод лечения расстройств, которые, если их не лечить, вызывают дальнейшее усиление страданий, то многие врачи согласились бы использовать аверсивную терапию, а пациенты — принять ее. Вторая трудность заключается в том, что многие расстройства, при лечении которых наиболее эффективна аверсивная терапия, вызывают большее возмущение общества, чем страдания индивида. К этой категории относятся алкоголизм и сексуальные отклонения. Каждый случай следует рассматривать индивидуально. Трудно по моральным принципам отказаться от лечения алкоголика с симптомами цирроза печени. Если аверсивная терапия дает

наибольшие шансы на успех или другие методы оказались неэффективными, многие врачи готовы ее применить. Нельзя отказывать при лечении пациенту, который пытается изле-

читься от трансвестизма с симптомами страха, чувством вины и депрессией, с мыслями о самоубийстве, которые мешают семейной жизни и профессиональной деятельности. В данном случае психиатрическая оценка показывает несколько путей: симптоматическое лечение страха и депрессии с помощью лекарств, попытка уменьшения страха и чувства вины (что позволило бы пациенту принять трансвестизм) с помощью десенсибилизации или психотерапии, попытка изменить враждебное и нетерпимое отношение жены или семьи к переодеванию пациента; наконец, попытка ослабить или устранить трансвестизм с помощью психотерапии самоанализа или аверсивной терапии. Выбор в данном случае должен основываться на клинической оценке предположительного баланса потенциальной пользы и риска. Если на этом основании выбрана аверсивная терапия, многие врачи признали бы такой выбор обоснованным. К счастью, не слишком часто возникают трудности с принятием решения, обосновано ли с этической точки зрения лечение данного пациента с помощью аверсивной терапии. Важно не забывать, что необходимо объяснить пациенту суть лечения и что он должен дать на него согласие. Следует учитывать характер согласия, особенно если пациент находится пол сильным чужим влиянием, например суда, тюремных властей, работодателя или семьи. Психиатру может быть сложнее решить, насколько обоснованно применение аверсивной терапии или даже любого психиатрического лечения, если пациент соглашается не по своей воде, и врач не уверен, что пациент страдает из-за своего нарушенного повеления и ждет помощи, чтобы его изменить. В таких случаях могут возникать противоречивые мнения обоснованности психиатрического лечения, а особенно — аверсивной терапии.

В ходе аверсивной терапии возникают проблемы из-за неизвестных побочных эффектов наказания, которое иногда может вызывать нарушения поведения, рост страха и раздражительности, временное подавление или даже подкрепление реакции. Редко можно определить постоянные реакции избегания, напоминающие те, которые возникают «естественным» образом при изолированных фобиях. Как уже говорилось выше, если поведенческая реакция (например, алкоголизм) сама является инструментальной реакцией, смягчаю-

щей страх, то сформирование реакции избегания на алкоголь может привести к конфликту двойного избегания, что вызовет ухудшение со-

стояния пациента. Вероятно, именно этим вызваны трудности, которые встречаются в клинической практике, Во время терапии могут появиться депрессия, страх, враждебное отношение, что иногда приводит к отказу от лечения. Периодическое закрепляющее лечение может поддержать реакцию избегания, однако рецидивы встречаются слишком часто. По всей вероятности, это вызвано отсутствием более подходящих реакций в поведенческом репертуаре пациента. Пациент, который способен испытывать удовольствие во время гетеросексуальных половых актов, легче избежит вовлечения в гомосексуальное повеление, чем пациент, единственным проявлением сексуальной активности которого является гомосексуализм. Основной задачей может стать сформирование более адаптивных реакций.

Могут возникнуть проблемы с поиском соответствующего аверсивного раздражителя. Как уже говорилось, отвращение, вызванное фармакологическим способом, имеет много негативных сторон. Привыкание к электрошоку может создавать трудности, а небольшое количество пациентов к нему не восприимчивы. Маловероятно, что чаще это происходит у мазохистов, поскольку сексуально возбуждающие стимулы очень специфичны. Однако следует соблюдать осторожность, поскольку существует опасность, что в процессе аверсивной терапии электрошок станет фетишем (Marks, 1968a).

При лечении энуреза с помощью звонка и подстилки наиболее часто возникают сложности с пробуждением и точным выполнением инструкций. При глубоком сне можно использовать более громкий сигнал или стимулирующие средства (например, метедрин), чтобы сделать сон более поверхностным. Если пациенты не реагируют на лечение или не способны сотрудничать, может понадобиться госпитализация. Как показывает наш опыт, прерываемое подкрепление, постепенное отключение аппарата и прекращение приема лекарств (после прекращения мочеиспускания) сначала в больнице, а затем дома уменьшило частоту появления рецидивов.

Планирование методов инструментального обусловливания часто занимает много времени и сопряжено со многими трудностями, связанными с поиском соответствующих наград и организацией лечения таким образом, чтобы

пациент встречал постоянные параметры подкреплений и не подвергался случайным подкреплениям вне терапевтической ситуации, не имеющим лечебного эффекта. Многие пациенты в состоянии про-

должительной депрессии или с шизофреническим дефектом не реагируют на социальное подкрепление, а иногда и на первичные и генерализованные награды. Если реакция, которая должна быть подкреплена, отсутствует в актуальном поведенческом репертуаре (например, речь у шизофреников с истерической немотой), много времени займет ее сформирование с помощью подражания и приближающего обусловливания. Браунинг (1967) описывает процедуру, которая позволяет одновременно сравнивать эффективность различных случайных социальных подкреплений у данного пациента. Это может помочь терапевту выбрать лучшее подкрепление для лечения.

Если эффективное подкрепление уже найдено, следующая трудность связана с необходимостью его максимально последовательного использования другими людьми, контактирующими с пациентом. Если лечение проводится в больнице, важно, чтобы медсестры принимали участие в программе оперантного обусловливания. Персонал должен быть обучен выражать симпатию и уделять внимание, если у больных появляются нарушения поведения. В противном случае это может привести к эффекту подкрепления неадаптивпого поведения, которое терапевт старается устранить. Остальные пациенты в данном случае становятся лучшими «поведенческими пациентами», поскольку чаще игнорируют нарушенное поведение других, чем подкрепляют его. Частота неподходящих подкреплений с их стороны составляла только 12 процентов (Gelfand et al., 1967). С другой стороны, Бюлер и соавт. (1966) в результате исследований в исправительных учреждениях выяснили, что 70-80 процентов случаев неправильного поведения находящихся там лиц встретило социальное одобрение со стороны других заключенных. Антисоциальное поведение значительно чаще подкреплялось, чем наказывалось, в то время как адаптивное социальное поведение чаще наказывалось, чем награждалось. Подкрепления, которые использовал персонал, были непоследовательными, это может быть одной из причин широко известного факта, что преступная установка может усилиться после пребывания в исправительном учреждении.

Эти исследования ясно подтверждают клинические наблюдения и указывают на необходимость тесного сотрудничества всего персонала и подроб-

ного анализа принципов и плана лечения. Иногда персонал не хочет играть терапевтическую роль, которая может не соответствовать его концепции ролл персо-

нала. Это может выражаться в подозрительности и невозможности установить сотрудничество до тех пор, пока персонал не увидит эффективности такого лечения и не испытает удовлетворения от помощи своим пациентам.

Часто отмечается вызывающее разочарование отсутствием генерализации оперантного обусловливания на жизнь вис больницы. В этом случае следует искать неправильные подкрепления, которые использовали родственники или другие лица из окружения больного и которые могут поддерживать симптомы. Это состояние может изменить лечение пациента в его собственном окружении. Уже зафиксированы случаи привлечения членов семьи к психиатрическому лечению и привлечение больших групп в терапевтическое сообщество. При лечении супружеских пар или других членов семьи может оказаться достаточным проинструктировать партнера, как следует вести себя с «пациентом». Партнер может сам требовать более активной помощи, которая позволила бы ему изменить его реакции по отношению к «пациенту». Большинство терапевтов утверждают, что лечение обоих супругов помогает в случае возникновения супружеских и сексуальных проблем. Конечно, можно встречаться с ними и лечить их отдельно, но поведенческие терапевты, как и большинство психотерапевтов, считают, что совместное лечение более эффективно (Meyer and Crisp, 1966; Madsen and Ulman, 1967; Lazarus, 1968c). Иногда супруг или супруга может играть активную роль в поведенческом лечении сексуальных проблем партнера.

Общие проблемы, возникающие при лечении

Независимо от проблем, связанных с отдельными методами лечения, во время проведения поведенческой терапии также встречаются определенные трудности, которые характерны не только для нее, но появляются и в случае использования других методов психиатрического и медицинского лечения. Чтобы выявить даже минимальные улучшения и избежать преждевре-

менного завершения или изменения лечения, необходимо руководствоваться точным анализом симптомов.

Мотивация пациента способна меняться настолько, что он перестает сотрудничать с терапевтом и иногда активно саботирует или прерывает лечение. Между пациентом и терапев-

том возникает союз, который они оба часто осознают; они также могут проявлять сильные негативные или положительные чувства по отношению друг к другу. Разумеется, враждебность, восхищение или чувство зависимости могут влиять на успех поведенческой терапии. Такой союз может быть одной из причин колебаний настроения и усиления симптомов во время лечения. Каждый практикующий поведенческий терапевт с клиническим опытом наблюдал эти явления у некоторых пациентов. По-видимому, они соответствуют явлениям переноса и сопротивления, возникающим во время психоаналитической терапии, Иногда изменения клинического состояния пациента связаны с актуальными факторами среды, например дополнительным стрессом на работе или болезнью в семье. При появлении изменений в мотивации или симптоматологии поведенческий терапевт должен оценить новую ситуацию, рекомендуется также новая оценка психиатра. Дальнейшие действия будут зависеть от факторов, которые могли вызвать данные изменения. В каждом случае важно искать изменения в жизненной ситуации пациента во время поведенческой терапии, поскольку они могут действовать как стресс и тормозить ее прогресс.

В решении жизненных проблем может помочь социальный ассистент. В случае настоянного страха или депрессивного настроения можно прописать психотропные лекарства. Если изменение вызвано взаимоотношениями в терапевтическом союзе, возможны разные варианты действий. Можно увидеть, что проблемы межличностных отношений имеют основное значение и требуют лечения в первую очередь, например, перед проведением систематической десенсибилизации фобии путешествий. В других случаях может оказаться, что межличностные отношения не являются основной проблемой и можно продолжать прерванное лечение расстройства с помощью поведенческой терапии, пытаясь воспрепятствовать негативному влиянию сильных эмоций по отношению к терапевту. С этой целью можно позволить пациенту обсудить его чувства, дать ему необходимые разъяснения и успокоить его. Применение

специфичных поведенческих методов или другого психиатрического лечения будет зависеть от клинической оценки.

Некоторые клиницисты считают, что можно одновременно использовать психотерапию и поведенческую терапию (например, Marks and Gelder, 1966; Meyer and Crisp, 1966). Наш соб-

ственный опыт показывает, что при таком совместном лечении возникают трудности. Основное знамение имеет тесное взаимодействие между психотерапевтом и поведенческим терапевтом. Они должны оба понимать цели и методы, используемые каждым из них, а также разъяснить их пациенту. Во время начальных фаз психотерапии наличие симптомов и некоторый уровень страха и депрессии могут побуждать пациента к самоанализу. Дальнейшие аналитические интерпретации могут повышать уровень страха. Поведенческая терапия может мешать психотерапии, предоставляя пациенту способы уклонения от аналитических усилий. Психотерапия может нарушить ход поведенческой терапии, если приведет к возрастанию уровня страха, препятствующего систематической десенсибилизации. Разумеется, эти две формы лечения не всегда можно соединять, особенно во время начальных фаз аналитической психотерапии. Однако бывают случаи, когда полезно соединить психотерапию с поведенческой терапией или предварить поведенческую терапию психотерапией. Действительно, некоторые формы психотерапии в виде поддержки, поощрения, разъяснения и руководства часто необходимы в ходе поведенческой терапии, и их применение можно обосновать в соответствии с принципами процессов научения. Есть примеры, когда одновременно возможны психотерапия самоанализа и поведенческая терапия, например, в тех случаях, когда у пациентов наблюдается общее улучшение в результате психотерапии, но есть отдельные симптомы (например, изолированная фобия или алкогольная зависимость), на которые можно воздействовать систематической десенсибилизацией или аверсивной терапией.

Иногда проблемы возникают после окончания лечения и выписки из больницы. Может вновь возникнуть страх или вернуться успешно вылеченные симптомы. По-видимому, это вызвано боязнью жить без симптомов в менее безопасном повседневном окружении и нежеланием разрывать ассоциативную связь с положительным подкреплением. Это связано с аспектами, об-

суждавшимися выше. Чтобы предотвратить у пациента появление проблем, связанных с выпиской, следует поощрять пациента поддерживать контакты с внешним окружением во время пребывания в больнице, отпускать его домой на все большие сроки по мере наступающих улучшений и приближения срока выписки. Пациент может начать работу во время

пребывания в больнице или приходить днем, а вечером уходить домой. В некоторых случаях для пациента может оказаться полезным использование в некотором объеме поведенческой терапии в его собственном окружении.

Нет строгих определенных правил в отношении частоты и продолжительности сеансов поддерживающего лечения. Рецидивы чаще всего возникают в случае ситуационных стрессов, например, при выписке из больницы домой и возвращении на работу. Обычно пациенты охотно поддерживают контакт с больницей и своим терапевтом. Во время амбулаторных посещений они успокаиваются и получают поддержку, поначалу рекомендуется проводить контроль раз в неделю. По мере дальнейшего улучшения состояния пациента частота визитов постепенно уменьшается. В нашей клинике контрольные визиты проводятся по крайней мере в течение одного года. Наибольшая вероятность рецидивов отмечается у пациентов, лечившихся по методу аверсивной терапии, поэтому они нуждаются в пристальном наблюдении и поддерживающем лечении.

Мы вкратце описали некоторые наиболее распространенные проблемы, возникающие в ходе поведенческой терапии во время клинической практики. Мы обратили внимание на возможные трудности, ограничения терапии и требования, предъявляемые к клинической оценке, на интуицию и изобретательность терапевта при решении вопросов, на которые современная теория научения не находит ответа. И хотя в работе поведенческих терапевтов иногда встречаются рутина и фрустрации, многие из них считают ее увлекательной.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Современное состояние и перспективы поведенческой терапии

Поведенческая терапия достигла той опасной фазы, в которой первичный энтузиазм и оптимизм, сопутствующий каждому новому начинанию или терапевтическому методу, начинают уменьшаться по мере роста сообщений о ее недостатках или ограничениях. Разочарованию предшествует катастрофическое уменьшение успехов, поскольку терапевтическая эффективность лишается мощного эффекта плацебо.

Следующая фаза в истории новых терапий — новая критическая оценка, результатом которой может стать более трезвый взгляд на их ценность и открытие того, что напоминает существующие формы лечения. В значительной мере поведенческая терапия прошла этот путь. Поначалу ее роль переоценивалась, но дальнейшие исследования показали, что ее ценность является ограниченной. По мере возникновения трудностей ее теоретические основы и практические методы расширялись случайным образом. Ее обвиняют в негуманности и в неэффективности или в том, что она гуманна и эффективна только потому, что заново открывает и использует хорошо разработанные психотерапевтические методы. Ее критикуют на том основании, что она не следует из единой теории научения (правда, такой теории не существует). Используемые в ней термины «раздражитель» и «реакция» считаются плагиатом, имеющим мало общего с их физиологическим значением.

В предыдущих главах мы пытались по возможности равномерно представлять теорию и практику поведенческой терапии. Ее критика отчасти справедлива, но, несмотря на это, поведенческая терапия достигла фазы, в которой является полезной и перспективной трактовкой психических расстройств и эффективным методом лечения некоторых из них. Что касается ее теоретических и семантических принципов, стимул и реакция лучше всего определены их взаимным соотношением (см. Hocutt, 1967; Kimble, 1967). Основные процессы признаны всеми теоретиками теории научения и отличаются выбором действующих переменных или теоретических конструкций. Поскольку поведенческие терапевты признают влияние межличностных отношений и личного опыта на происхождение и динамику психических расстройств, их теория и методы имеют некоторые общие элементы с другими психотерапевтическими направлениями. Однако поведенческая теория сохраняет индивидуальность, благодаря попыткам непосредственного применения принципов научения в своих терапевтических методах. Точная идентификация факторов, обусловливающих актуальную симптоматику и их поведенческую модификацию в результате переобусловливания или приобретения более адаптивных реакций в результате приближающего обусловливания, подражание и определение общих подкреплений — вот основные понятия, отличающие поведенческую терапию. Бихевиористы давно обещают, что займутся изучением процессов мышления и попытаются раскрыть их через систему научения. Клинический опыт в рамках поведенческой терапии стал движущей силой в этом направлении.

Ранние концепция бихевиористов отличались узкой, жесткой концентрацией внимания на внешних проявлениях поведения и доктринальным отказом от рассмотрения физиологических, биохимических и связанных с опытом процессов. Поскольку в исследованиях есть явный прогресс, объясняющая и предвидящая сила чистого поведенческого направления, его успешная интеграция с другими методами должна неуклонно вести к увеличению знаний и

представлять прагматическую ценность для терапевта. Из-за сознательно ограниченного подхода раннего бихевиоризма очевидным было использование методов этой терапии первоначально для лечения единичных, изолированных симптомов. В результате поведенческая терапия стала более эффективной при лечении расстройств «нор-

мальных» пациентов, чем сложных заболеваний, встречающихся у психиатрических больных. Хотя мы не считаем, что в настоящее время уже достигнут этап использования «всесторонне разработанных и стандартизированных» терапевтических методов со специфичными указаниями к их применению, ближе всего к этому находится систематическая десенсибилизация отдельных фобий. Существуют доказательства, что поведенческая терапия может быть эффективной при лечении сложных нарушений личности и неврозов. Поведенческие терапевты утверждают, что они могут внести ценный вклад в теорию и практику лечения различных заболеваний.

Исследования

На данной стадии развития поведенческой терапии существует проблема более эффективного использования ее возможностей. Должны ли терапевты сконцентрировать свои усилия на использовании уже существующих методов лечения или главные усилия им следует направить на исследования?

Поведенческая терапия может потерять репутацию, если у нее не будет дальнейших успехов или если она будет априори признана успешной методикой лечения широкого спектра психических расстройств. Однако даже при нынешнем уровне знаний терапевтические программы часто разрабатываются без достаточного анализа имеющихся экспериментальных данных из области научения и общей психологии, в результате чего могут не использоваться наиболее эффективные процессы. Если уже выбран определенный терапевтический метод, терапевт может проигнорировать индивидуальные различия в реакциях пациентов на лечение, которые нужно учесть для внесения изменений в терапевтическую стратегию. Кроме того, ограниченное количество терапевтических методов, которыми располагает терапевт, может привести к ограниче-

нию его внимания узкой сферой поведения пациента и стать причиной неподходящего или, неполного лечения.

Следует помнить об этих критических замечаниях при попытках найти наиболее плодотворную сферу приложения поведенческой терапии. В настоящее время необходимо срочно увеличить эффективность лечения и расширить границы использования существующих терапевтических методов. Наибо-

лее плодотворным может оказаться использование достижений других направлений психологии, включая познавательные процессы и социальную психологию. Менее ограниченный подход к этиологии расстройств может помочь найти более эффективные методы лечения широко распространенных психических заболеваний. Некоторые наиболее экспериментальные поведенческие терапевты уже воспользовались широким спектром направлений, сконцентрированных на всех источниках неадаптивного поведения. Дальнейшему развитию лечебных методов может способствовать более тщательное обследование пациентов, которые не отреагировали на поведенческую терапию. Исследования факторов, вызывающих неудачи, могут привести к развитию более эффективных методов.

Хотя лабораторные исследования всегда являются основой и некоторые отдельные лабораторные исследования инструментального обусловливания уже сыграли важную роль, более вероятно, что наиболее актуальные проблемы, с которыми сталкивается клиницист, будут решены с помощью клинических исследований, направленных на расширение и генерализацию терапевтических достижений, достигнутых в больнице или амбулатории, на повседневную жизнь. На прогресс может повлиять изучение индивидуального пациента во время лечения. Точное наблюдение за изменениями симптоматики позволить выдвигать и проверять специфические гипотезы функциональной зависимости между различными симптомами. Теоретики уже давно отказались от разработки единой, всеохватывающей теории научения. Также не привела бы к успеху концентрация усилий терапевтов на «основных экспериментах», призванных открыть единую теорию изменений в поведении.

Масштабные клинические исследования, сравнивающие эффективность поведенческой терапии с другими направлениями, также не являются приоритетными в настоящее время. Это вызвано тем, что поведенческие методы, по-видимому, будут продолжать изменяться. Недостаток сравнительных исследований данного типа при нынешнем развитии науки заключен в методо-

логических требованиях строгого контроля за терапевтической процедурой, что не позволяет модифицировать и улучшать метод в ходе лечения.

Подготовка поведенческих терапевтов

Оптимистические результаты применения поведенческой терапии привели к неотложной необходимости создания терапевтам условий для клинических исследований. В настоящее время нет официального учебного центра, а несколько центров, которые могут организовать ограниченное число курсов, не располагают необходимым оборудованием и структурой, чтобы обеспечить соответствующую подготовку. Пионеры поведенческой терапии были самоучками, а большинство поведенческих терапевтов нового поколения до сих пор вынуждены самостоятельно приобретать квалификацию. Возникла неотложная необходимость создания хороших учебных центров.

Вид подготовки, которую должен пройти поведенческий терапевт, вызывает противоречия. Необходимо еще много размышлений и экспериментов, чтобы создать соответствующие учебные программы. Позер (1967) рассмотрел эту проблему и предложил создать два разных уровня подготовки поведенческих терапевтов. Первый уровень подготовки мог бы стать достаточным для персонала, пребывающего в роли «сотерапевтов». Позер имел в виду медсестер и другой больничный персонал, а также терапевтов, которые могли бы выполнять рутинные терапевтические методы (см, также Ayllon and Michael, 1959; Davison, 1965). Для тех, кто хотел бы стать поведенческим терапевтом, Позер предлагает ввести формальную подготовку в сфере клинической психологии или психиатрии, считая, что такой курс дал бы возможность брать им на себя ответственность за проведение поведенческой терапии и разработку терапевтических стратегий для пациентов.

Центры поведенческой терапии следует организовывать там, где есть доступ ко всему спектру психических расстройств, и там, где есть шанс извлечь пользу из взаимного обмена мнениями и идеями со сторонниками других направлений психологии и психиатрии. Был бы полезным доступ к универси-

тетским кафедрам физиологии, психологии, другим поведенческим наукам, а также к клинической психиатрии. Конкретный курс подготовки должен состоять из введения, включающего наблюдение и демонстрацию методов лечения, затем ассистирования при лечении и, наконец, проведения терапии под надзором. Позер считает, что такой курс должен продолжаться *в* месяцев для будущих «сотерапевтов» и 4 месяца — для обучаю-

щихся терапевтов. Часть курса должна состоять из лекций и семинаров, посвященных принципам научения и их клиническому использованию.

Можно согласиться с Позером, что ни глубокая теоретическая подготовка, ни сами практические знания не являются достаточной подготовкой для тех, кто хочет использовать методы поведенческой терапии при лечении психиатрических больных. Наш собственный опыт обучения психологов, клинических психологов и психиатров в течение минимального срока — 6 месяцев — подчеркивает значение как клинического опыта, так и знаний из области теории научения. Лица с односторонним клиническим опытом или с опытом из области экспериментальной психологии сложнее поддаются обучению. Лабораторные исследования, касающиеся некоторых поведенческих методов (например, десенсибилизация страха перед животными) и проводимые на выбранной группе студентов, не приводят автоматически к опыту и успехам в использовании поведенческой терапии при лечении клинических расстройств.

Недостатком курса обучения, представленного Позером, является мнение, что можно легко изучить методы поведенческой терапии и овладеть ими. Это не соответствует истине. Часто в каждой сессии возникают проблемы, требующие повторной оценки и модификации терапевтической процедуры. Поэтому возникают сомнения, что «сотерапевты» получат необходимую подготовку для клинической практики. По-видимому, концепция появилась в результате сообщений о том, что студенты и медицинский персонал больницы могли успешно участвовать в исследовательских проектах с добровольцами и в инструментальных методах с пациентами больницы. Поведенческий терапевт, конечно же, должен пройти начальную подготовку, о которой говорил Позер. Однако трудно себе представить, что единая программа обучения будет достаточной для лиц с такой различной подготовкой, как экспериментальная психология и клиническая психиатрия. У психиатров часто бывают пробелы в знаниях из области научения и общей психологии, а психологи мо-

гут быть профанами в области феноменологии психических расстройств и не иметь опыта общения с пациентами. По этой причине необходимо разработать различные обучающие программы в зависимости от опыта участников.

Организация отделений поведенческой терапии

При обсуждении трудностей, с которыми сталкиваются поведенческие терапевты и психиатры при клиническом использовании поведенческой терапии, мы бы хотели подчеркнуть, что они исходят из двух источников. Один из них — это отсутствие коммуникации и понимания между персоналом, опекающим пациента, что приводит к дезориентации пациента, который сталкивается с непоследовательной позицией, а часто и с противоречивыми методами лечения. Второй — индивидуальный и непредсказуемый ход лечения, реакция пациента и его «симптомов». При нынешнем уровне знаний невозможно с уверенностью объяснить эти неожиданные различия в рамках теории научения таким образом, чтобы автоматически разработать эффективный метод лечения. Эти рассуждения указывают на необходимость тесного взаимодействия поведенческих терапевтом с психиатрами, психиатрическими ассистентами, медсестрами, терапевтами занятий, чтобы разработать единый план лечения. Еще один плюс тесного сотрудничества между персоналом с различными взглядами заключается в стимуляции, возникающей в результате обмена идеями, и возможности использования более широкого спектра терапевтических методов.

Независимо от этого существует необходимость врачебного исследования и врачебного надзора во время лечения пациентов, что было описано в предыдущей главе. Итак, клинические, научные и дидактические требования лучше всего выполняются, когда отделения поведенческой терапии интегрированы в рамках психиатрических отделений, чтобы пациенты и персонал могли получать пользу от взаимного общения, обмена опытом и приобретения различных навыков.

Оглавление

246

Текст на обороте обложки:

МЕТОДЫ ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

Эта книга подтверждает высокую репутацию авторов, связанную с их вкладом как в теорию, так и в практику поведенческой терапии.

Макс Хамильтон

В. Мейер, Э. Чессер
МЕТОДЫ ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

Директор И. К. Костромитин
Главный редактор Л. В. Янковский
Заведующая редакцией И. Ю. Авидон
Подготовка оригинал-макета Л. А. Лагода

ЛР № 000364 от 29 декабря 1999 г.
Подписано в печать 02.11.2000. Формат 60x90 1/16.
Объем 15,5 печ. л. Тираж 5000 экз. Заказ № 2228.
ООО Издательство «Речь».
199004, Санкт-Петербург, В. О., 3-я линия, д. 6 (лит. «А»).

Отпечатано с диапозитивов
в ГПП «Печатный двор» Министерства РФ
по делам печати, телерадиовещания
и средств массовых коммуникаций.
197110, Санкт-Петербург, Чкаловский пр., 15.